Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 28 listopada 1885. № 48. Rok XXIV.

I. O resekcyi wola wraz z uwagami o następstwach całkowitego wyłuszczenia gruczołu tarczykowego.

Napisał J. Mikulicz w Krakowie.

Akta tak zwanéj *cachexia strumipriva* czyli charlactwa Kochera nie są obecnie jeszcze zamknięte; nietylko że nie mamy dobitnego wytłumaczenia całego tego zjawiska, lecz nadto i o tém wiele jeszcze można rozprawiać, czy we wszystkich przypadkach istnieje związek przyczynowy między całkowitém wyłuszczeniem gruczołu tarczykowego a tą chorobą następową. Mimo to nie można nie uwzględniać wcale, jak to Maas czyni, spostrzeżeń, które Kocher, Réverdin, Juillard, Baumgärtner, Bruns i Gussenbauer poczynili. Liczba ogłoszonych dotychczas przypadków charlactwa Kochera doszła do 36, wszystkie tyczą się tylko całkowitego wyłuszczenia, nadto mogę dołączyć i ja z własnego spostrzeżenia jeszcze jeden przypadek.

Inne jednak jeszcze następstwa całkowitego wyłuszczenia gruczołu tarczykowego przemawiają stanowczo przeciw téj operacyi. Mianowicie najpierw tężyczka (*tetania*). N. Weiss mógł przed 2 laty zestawić 13 przypadków téj choroby pojawiającéj się po wyż wspomnianéj operacyi, a z moich 7 chorych, u których cały wól wyłuszczyłem, 4 na nią zapadło. Jakkolwiek tężyczka sprowadziła śmierć według statystyki Liebrechta tylko 3 razy po całkowitém wyłuszczeniu wola, to jednak jest ona zawsze ciężką nerwicą, która chorego i jego otoczenie nieraz całemi miesiącami trapi.

Jako trzecią chorobę następową, pojawiającą się po całkowitém wyłuszczeniu wola, o ile wiem, po raz pierwszy spostrzeganą, przytaczam kurcze epileptyczne, które w jednym z moich przypadków na pewne zostały stwierdzone, chora bowiem była obserwowaną przez dwa miesiące w klinice wewnętrznéj, w drugim zaś z wszelkiém prawdopodobieństwem przypuścić je można. Trzeci przypadek widział kolega prof. Obaliński.

Czwartém następstwem całkowitego wyłuszczenia wola stanowczo przemawiającém przeciw téj operacyi są porażenia mięśni krtaniowych. Zaburzenie to może wprawdzie i po połowiczém wyłuszczeniu wola wystąpić, o wiele jednak częściéj i w znacznie groźniejszéj postaci zdarza się po całkowitém wyłuszczeniu. Z zestawienia statystycznego podanego świeżo przez Jankowskiego (*Deutsche Ztschrft. f. Chir.* XXII, 164) wynika, że porażenia mięśni krtaniowych występują po całkowitém wyłuszczeniu prawie 4 razy częściéj niż po częściowém i że z ciężkich, trwałych porażeń mięśni głosowych i oddechowych krtani przypada prawie $^{9}/_{10}$ części na wyłuszczenie całkowite. Wszystko to wystarcza zupełnie, aby usprawiedliwić stanowcze *veto* przeciw całkowitemu wyłuszczeniu gruczołu tarczykowego.

Jakże jednak w przyszłości mamy się zachować w obec przypadków, w których mimo to usunięcie obu polów wola wydaje się być koniecznėm? Nie odmawiając słuszności i korzyści wnioskom podanym w téj sprawie przez innych operatorów, pozwolę sobie przedstawić tutaj metodę, którą z dobrym wynikiem w 8 przypadkach zastosowałem i którą dla odróżnienia od typowego jedno- lub obustronnego wyłuszczenia nazywać będą resekcyją wola. Najlepiéj postępowanie to uwidoczni się na następującym przypadku, w którym przed 1½ rokiem po raz pierwszy metodę tę zastósowałem. U 16-letniego parobka K. M., cierpiącego znaczną duszność i chrypkę, mocno spłaszczona tchawica była tak ku przodowi wypartą przez oba płaty wola wielkości pięści, iż ją przez skórę jako wąską listewkę wyczuć było można. Rozpocząłem operacyję 19 maja 1884 z zamiarem wyłuszczenia w typowy sposób lewego większego płatu, a w nadziei, że prawy płat będę mógł pozostawić. W ciągu operacyi przekonałem się jednak, że ten ostatni częściowo pod mostkiem leżał i że sam przez się był dla chorego niebezpiecznym. Zamiast i tu wykonać typowe wyłuszczenie resekowałem ten płat w następujący sposób: Najpierw odosobniłem go w zwykły sposób, o ile to było możebném, drogą tępą; broczące

mniejsze naczynia podwiązałem podwójnie katgutem. Daléj podwiązałem w typowy sposób przy górnym rogu tętnicę i żyłę tarczykową górną jak również i powierzchowne naczynia ciągnące się do dolnego rogu. Teraz oddzieliłem za pomocą krótkich cięć nożyczkami mocno przyczepiony płat od przedniéj, względnie bocznéj powierzchni tchawicy, nie zachodziłem jednak zbytnio ku tyłowi, aby nie wejść w niebezpieczne sąsiedztwo z nerwem wstecznym. Ostatecznie cały wól wisiał tylko w szczelinie między tchawicą a przełykiem w tém miejscu, które nerw wsteczny i tętnicę tarczykową dalszą ukrywa. Z wiszącą tą częścią, wnęką gruczołu, postąpiłem sobie jak z grubą szypułką jajnikową. Już nieraz przekonałem się podczas podwiązywania przesmyku gruczołu tarczykowego, że miąższ tegoż jest bardzo odporny na wszelkiego rodzaju bodźce mechaniczne; spostrzeżenie to skłoniło mnie do przypuszczenia, że i w miąższu samego gruczołu szereg podwiązek *en masse* da się założyć. Podczas gdy asystent uciskał z boku naczynia wchodzące do wnęki, rozdzieliłem wzdłuż „szypułkę" za pomocą tępych nożyczek na kilka części, każdą z tychże chwyciłem w silną *pince hémostatique* a w bruzdy w ten sposób utworzone założyłem podwiązki katgutowe. Teraz dopiero odosobnioną całą masę wola odciąłem nożyczkami pozostawiając za podwiązką kawałki 5 do 10mm. długie. *Pinces hémostatiques* wygniatały w miejscu przylegania zupełnie miąższ gruczołowy, tak że w bruzdach podwiązkowych tylko podścielisko łącznotkankowe i naczynia pozostały. W skutek tego utworzyły się tak głębokie bruzdy, że podwiązki katgutowe można było założyć z największą łatwością i pewnością. Z kawałków podwiązanych ani kropla krwi nie wyszła, tylko między podwiązkami sączyła się tu i owdzie krew, mały ten jednak krwotok za pomocą okłucia bardzo łatwo dał się utamować. Pozostała część gruczołu ściągnęła się w guz wielkości kasztana, który ułożył się w szczelinie między tchawicą a przełykiem. Ani tętnica tarczykowa dolna, ani nerw wsteczny nie były w ten sposób odsłonięte.

Dalszy przebieg był zupełnie prosty. Rana zagoiła się *per primam* a chory po 10 dniach wyszedł uleczony do domu. Oddech był wolny, głos wprawdzie słaby ale czysty, więzadła głosowe nienaruszone. Po 4 miesiącach przedstawił się chory znowu. Oddechanie odbywało się bez najmniejszych trudności, głos czysty i silniejszy aniżeli przy wyjściu chorego z kliniki, szyja smukła bez śladu jakiegokolwiek nabrzmienia. Według doniesienia z października t. r. (17 miesięcy po operacyi) stan zdrowia operowanego jest zupełnie zadowalającym.

W wyż opisany sposób wykonałem jeszcze 7 razy resekcyję wola. Cztery razy wyłuszczyłem jak w przypadku pierwszym najpierw jednę połowę wola, a dopiero gdy się okazała potrzeba usunięcia i drugiéj, resekowałem takową. W jednym przypadku byłto wól powikłany z chorobą Basedowa, resekowałem obie połowy. W 2 ostatnich przypadkach resekowałem tylko po jednéj stronie płat wolem zajęty, podczas gdy drugiego niepowiększonego wcale nie ruszałem. Założenie podwiązek *en masse* dało się w każdym przypadku bez znacznych trudności uskutecznić, a nawet w przypadku powikłanym z chorobą Basedowa wól bardzo bogaty w naczynia można było bez żadnych przeszkód resekować. Przebieg gojenia się rany był we wszystkich 8u przypadkach prawidłowy, 6 razy nastąpił zupełny rychłozrost, raz było lekkie powierzchowne ropienie w dolnym kącie rany, raz zaś zrzekłem się już przy operacyi rychłozrostu i wytamponowałem całą ranę gazą jodoformową, ponieważ w ciągu operacyi musiałem tracheotomię wykonać. I w tym przypadku zgoiła się rana aseptycznie *per secundam.*

Kawałki podwiązane nie wywoływały w żadnym przypadku najmniejszéj reakcyi; wgajały się zupełnie aseptycznie. W żadnym przypadku głos na niekorzyść się nie zmienił; w 4 zaś przypadkach można było nawet stwierdzić widoczne oczyszczenie się dawniéj ochrypłego głosu. We wszystkich przypadkach trudności w oddechaniu zupełnie znikły. W przypadku z chorobą Basedowa (i tu także operowałem z powodu ucisku wywartego przez wól na tchawicę), ustąpiły nadto szybko objawy téj choroby. W żadnym z 6 pierwszych przypadków (czas spostrzegania 4 do 17 miesięcy) nie wystąpiły po operacyi ogólne zaburzenia.

Liczba moich przypadków jest jeszcze bez wątpienia za małą, a czas obserwacyi za krótki, aby można twierdzić, że resekcyja wola we wszystkich przypadkach zasługuje na pierwszeństwo przed typowém wyłuszczeniem jednéj lub obu połów gruczołu. Dotychczasowe jednak wyniki są tak pomyślne, że mogę resekcyję do dalszych doświadczeń polecić zwłaszcza w przypadkach, w których usunięcie obu połów gruczołu wydaje się być wskazaném. Opisany powyżéj sposób operowania zdaje mi się również najlepiéj odpowiadać rozmaitym teoryjom o znaczeniu gruczołu tarczykowego i o przyczynach powstawania chorób następowych po całkowitém wyłuszczeniu. Kto w gruczole tarczykowym widzi ważny narząd dla życia — czy to uważając go za przyrząd regulacyjny dla krążenia mózgowego, czy to za narząd krew wytwarzający, czy to domyślając się jakiejś niezbędnéj wydzieliny tego gruczołu, albo wreszcie sądząc, że jakieś ważne włókna współczulne w nim się znajdują — dla tego pozostaje kawał gruczołu mogący daléj czynności swe sprawować. Kto zaś dopatruje się następstw całkowitego wyłuszczenia w zranieniu nerwów leżących za gruczołem, — a do nich i nerw wsteczny musimy zaliczyć, — ten unika najpewniéj tego niebezpieczeństwa postępując drogą powyżéj wskazaną.

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

XXV.

Przepuklina uwięźnięta. Śmierć z zapalenia otrzewny. Szczególne usposobienie cielesne.

Podał Prof. Dr. L. Blumenstok.

Paranka D., mężatka, lat 45 licząca, w niedzielę d. 14 września pobitą została przez męża swego, poczém się żaliła, że ma żebro złamane, jednak we środę d. 17 września według zeznania świadka kopała jeszcze ziemniaki; we czwartek d. 18go września po raz drugi przez męża kopniętą została w brzuch, poczém czuła się słabszą; wreszcie d. 19go września w piątek po raz trzeci pobita przez męża pojechała do Sądu najbliższego, jednak wtedy według zeznania świadków była już tak słabą, że musiano ją na wóz włożyć. Tego samego dnia z polecenia Sądu zbadaną została przez chirurga X., który przypatrzywszy się tylko twarzy, na któréj znalazł sińce, uznał obrażenie za lekkie. Powróciwszy ze Sądu żaliła się przez sobotę na ból w żołądku, brak stolca i wymioty, a śród tych objawów umarła w niedzielę d. 21 września.

Sekcyja sądowa, wykonana d. 23 września przez Dra A. i chirurga X., wykazała co następuje:

Oględziny zewnętrzne: 1) Zwłoki kobiety wzrostu średniego dobrze zbudowanéj, średnio odżywionéj, lat około 45 liczącéj. 2) Za prawém uchem widzimy siniec wielkości centa za życia powstały, barwy blado sinawéj. 3) Powieka górna i dolna prawego oka koloru ciemno fijoletowego zabarwienia przechodzi na brzegach w kolor zielonkowaty, skóra na przecięciu okazuje skrzepłą krew. Odpowiednio zewnętrznemu brzegowi prawego oczodołu widzimy skórę w długości 1cm. i 2mm. szerokości pokrytą brunatnym strupkiem. 4) Powieka górna i dolna oka lewego w znacznéj części fioletowo zabarwiona, na przecięciu skrzep krwi w tkance łącznéj wykazująca. 5) Odpowiednio prawéj stronie żuchwy policzek obrzmiały sinawo zabarwiony, w tkance łącznéj znajdujemy skrzep krwi. Oprócz wymienionych nie dostrzegamy żadnych oznak gwałtu. Ogólne powłoki blade okazują na częściach obwisłych liczne ciemno-zielone i czerwonawe plamy pośmiertne.

Oględziny wewnętrzne: 6) Części miękkie czaszkę pokrywające nie okazują prócz podbiegnienia krwi za prawém uchem żadnych nieprawidłowości. Czaszka okrągława, kości czaszkowe, około 6mm. grube, nie naruszone, prawidłowe. 7) Opony twarde miernie naprężone, blada, lśniąca, zawiera w zatokach mierną ilość skrzepów krwi. Opony miękkie prawidłowe delikatne. Istota mózgu zwykłéj twardości, na przecięciu okazuje mierną ilość krwawych punkcików, ośrodki nerwowe prawidłowe, jamy mózgowe tożsamo. Podstawa czaszki nienadwerężona. 8) Na szyi nie widać żadnych śladów uszkodzenia, w krtani żadnych ciał obcych, błona śluzowa téjże prawidłowa. 9) Po otwarciu klatki piersiowéj okazują się mięśnie międzyżebrowe między 4, 5, 6 a 7 żebrem lewém skrzepłą krwią przesiąknięte, czwarte żebro lewe okazuje się przy badaniu złamaném w odległości 1cm. od połączenia z chrząstką żebrową, piąte żebro lewe złamane w odległości 3cm., 6te zaś lewe żebro w odległości 2cm. od chrząstki żebrowéj. 10) Przepona piersiowa w miejscu, gdzie takowa na żebrach się osadza, krwią przesiąkła. 11) Lewe płuco w górnéj swéj części przyrosłe do błony żebrowéj blademi błonami, miękkie w całéj swéj rozciągłości za przecięciem trzeszczące, wydzielające znaczną ilość spienionéj czerwonawéj cieczy. 12) Płuco prawe wolne, miękkie, na przecięciu trzeszczące, znaczną ilość cieczy czerwonawéj wydzielające. 13) W worku sercowym około 30gr. czerwonawéj czystéj cieczy, serce prawidłowéj wielkości i zabarwienia, zastawki tętnicze i żylne prawidłowe. 14) Przy otwarciu jamy brzusznéj widzimy jelita znacznie rozdęte. 15) Wątroba prawidłowéj wielkości nie okazuje żadnych zmian chorobowych. Tożsamo śledziona. 16) Żołądek rozdęty zawiera cokolwiek płynnéj miazgi pokarmowéj, błona śluzowa prawidłowa. 17) Przy badaniu jelit cienkich spostrzegamy, że jeden zwój jelit w okolicy pachwinowéj okazuje nieprawidłowe ciemno-czerwone plamy w rozciągłości około 20cm. Otrzewna odpowiednio tym plamom pokryta jest warstewką włóknikowéj wydzieliny, naczynia jéj, jakotéż i naczynia jelita w tém miejscu przekrwione. Część jelita wielkości włoskiego orzecha uwięźnięta w kanale pachwinowym prawym w ten sposób, że bez otwarcia kanału wyjąć się nie daje. Część uwięźnięta jelita przedstawia się mocno zaczerwienioną, obrzmiałą. Uwięźnięcie jest tego rodzaju, że jelito stało się zupełnie niedrożném. W części wyżéj leżącéj jelita cienkie zawierają płynną miazgę, ich błona śluzowa jest prawidłowa. Część poniżéj uwięźnięcia leżąca jelit cienkich i jelita grube prawie próżne. Kanał pachwinowy jest szerokości palca wskazującego, brzegi kanału i dno wyścielone otrzewną ciemno-czerwone. 18) Nerki prawidłowe, tożsamo organa płciowe wewnętrzne i zewnętrzne. Pęcherz zawiera cokolwiek moczu, błona śluzowa tegoż prawidłowa. 19) W jamie brzusznéj około ćwierć litra czerwonawéj czystéj cieczy.

Orzeczenie. 1. Paranka D. zmarła w skutek uwięźnięcia i niedrożności jelita i następnego zapalenia otrzewny. Uwięźnięcie to powstało prawdopodobnie w skutek ugniecenia brzucha kolanami i kwalifikuje się jako takie ciężkie obrażenie ciała, które w swym przebiegu stało się śmiertelném, a to z powodu nieudzielonéj odpowiedniéj pomocy lekarskiéj, t. j. operacyi.

2. Opisane pod l. 9 uszkodzenie przedstawia się jako złamanie 4, 5 i 6 żebra lewego, powstałe w skutek ugniecenia ciałem twardém o szerokiéj powierzchni, jakoto kolanem i kwalifikuje się jako ciężkie uszkodzenie ciała, gdyż takie uszkodzenia żeber bez nadwerężenia błony żebrowéj i płuc są zazwyczaj wyleczalne.

3. Opisane pod l. 2, 3, 4 i 5 uszkodzenia powstały w skutek uderzeń narzędziem tępém, twardém i kwalifikują się jako lekkie obrażenia ciała.

Do rozprawy przed trybunałem przysięgłych Sąd zawezwał jako znawców Drów D. i E., z których pierwszy oświadczył co następuje:

Podbiegnięcia między 4, 5, 6 a 7 żebrem świadczą, że w te miejsca zadane było uderzenie silne, złamanie jednak żeber uważa jako uszkodzenie lekkie, albowiem w tym przypadku są pojedyncze żebra złamane, a złamanie tychże jest bez powikłania ze zranieniem części miękkich lub opłucny. Spostrzeżono następnie rozdęcie jelit cienkich i uwięźnięcie jelita cienkiego w pachwinie prawéj. Zauważać należy, że uwięźnięcie może powstać samoistnie albo mechanicznie, w skutek skoknięcia, upadnięcia, uderzenia i gniecenia. Czy w obecnym przypadku przepuklina powstała samoistnie, lub w skutek urazu zewnętrznego, stanowczo powiedzieć nie można, albowiem protokół nie wspomina nic o pachwinie lewéj. W przepuklinie znaleziono jelito wielkości orzecha włoskiego, obrzmiałe, zaczerwienione, co wskazuje na stan zapalny. Zapalenie jelita i otrzewny, jakkolwiek te uszkodzenia same przez się są ciężkie, to jednak w protokóle nie tak są przedstawione, jakoby uszkodzenia te śmiercią zakończyć się musiały; śmierć powstaje wtedy, jeżeli zapalenie przeszło już w gangrenę, czego jednak nie było. Nie mogę więc orzec stanowczo, czy to zapalenie otrzewny i części jelita było przyczyną właściwą śmierci. Słabość bowiem po uwięźnięciu trwa 4—6 dni, nim śmierć następuje.

Na szczególne pytanie podaje, że jest to niemożebném, żeby przepuklina uwięźnięta od jednéj niedzieli do drugiéj istniała, a chora badana przez lekarza nie wskazała tego miejsca, albowiem ból w przepuklinie jest bardzo dotkliwy.

Według zeznań świadków Paranka D. na kilka dni przed śmiercią nie miała stolca; w obec zatwardzenia powstanie przepukliny jest możebne, jak również możebném jest, że denatka cierpiała na miserere.

Znawca drugi podaje jak pierwszy, z tym dodatkiem, że powód śmierci jest mu niewiadomym i że zmiany w kiszce od niedzieli a nawet od piątku powinny być inne.

W skutek sprzecznych zdań pp. znawców odroczono rozprawę a Sąd przesłał akta Wydziałowi lekarskiemu żądając wyjaśnienia przyczyny śmierci Paranki D.

Orzeczenie Wydziału opiewało:

1. Nie ulega wątpliwości, że Paranka D. umarła z za-

palenia otrzewny, które wystąpiło jako następstwo uwięźnienia jelita. Za tém przemawiają objawy chorobowe za życia spostrzeżone oraz wynik sekcyi sądowéj.

2. Trudno pojąć, dla czego żaden ze znawców nie wywiadywał się, czy Paranka D. miała poprzednio przepuklinę pachwinową, zaczém przemawiać się zdaje przestronność przewodu pachwinowego prawego. Rzeczą jest jasną, że w takim razie nierównie łatwiéj przyjść mogło do uwięźnięcia. Z drugiéj strony atoli przypuścić należy, że jeżeli Paranka poprzednio przepukliny nie miała, do niéj była usposobioną, a pod wpływem pobicia w brzuch a nawet prostego szamotania się przyjść mogło i to odrazu do przepukliny uwięźniętéj.

3. Jakkolwiek Paranka już od kilku dni miała 3 żebra złamane, mimo to rozchorowała się ciężko dopiero 19 września w piątek; nie ulega więc wątpliwości, że zapalenie otrzewny, które śmierć jéj sprowadziło, rozpoczęło się w piątek a co najwięcéj we czwartek.

4. Należy więc przypuścić związek przyczynowy pomiędzy śmiercią Paranki D. a obrażeniem, którego doznała w brzuch krótko przed śmiercią, a tém samém obrażenie to uznać należy za przyczynę śmierci.

5. Z uwagi atoli na okoliczność w ustępie 2gim przytoczoną dodać wypada, że obrażenie to stało się śmiertelném w przypadku niniejszym tylko z powodu szczególnego usposobienia Paranki D.

6. Złamanie 3 żeber powstało w niedzielę d. 14 września i stanowi ciężkie uszkodzenie cielesne, które byłoby pociągnęło za sobą chorobę przynajmniéj dni 20 trwającą.

W przypadku tym zaszły dwa błędy w dochodzeniu, dla których powstały wątpliwości, niezupełnie usunąć się dające. Nasamprzód pierwszy znawca badając kobietę obrażoną i ciężko już chorą ograniczył się do obejrzenia jéj twarzy, przezco uszło jego uwagi złamanie 3 żeber, które niewątpliwie wtedy istniało, oraz uwięźnienie jelita, które wtedy najprawdopodobniéj już wykryćby się dało. Gdyby badanie było wyczerpującém, lekarz przez spieszne odsełanie choréj do szpitala, jeżeli sam nie mógł lub niechciał ręki przyłożyć, możeby życie jéj ocalił; w każdym zaś razie mógłby sprawdzić, czy chora cierpiała dawniéj na przepuklinę. Drugim błędem było, że żaden ze znawców i późniéj nie starał się téj okoliczności sprawdzić, a obducenci nie zbadali nawet kanału pachwinowego lewego celem porównania go z przestronnym kanałem prawym. A jednak okoliczność ta była w przypadku niniejszym jądrem całéj kwestyi. Wątpliwość bowiem, wyrażona przez pp. znawców drugich, czy zapalenie otrzewny było przyczyną śmierci i czy uwięźnięcie jelita może tak szybko pociągnąć za sobą śmierć, była przesadzoną, a przeciwnie nie ulegało żadnéj wątpliwości, że zapalenie otrzewny, w skutek uwięźnięcia powstałe, było przyczyną śmierci Paranki D.

Natomiast rozchodziło się o to, jakim sposobem powstało uwięźnięcie jelita, a zarazem o to, czy Paranka D. miała już poprzednio przepuklinę lub nie, a więc czy skutkiem pobicia w brzuch nastąpiło uwięźnięcie istniejącéj już przepukliny, lub téż czy skutkiem tego urazu powstała dopiero przepuklina, która odrazu została uwięźniętą. Ze stanowiska praktycznego pytanie to o tyle miało znaczenie, o ile sprawdziwszy przepuklinę oddawna istniejącą lub przynajmniéj przypuszczając usposobienie do niéj, można oświadczyć się za owém „szczególném usposobieniem ciała“ osoby obrażonéj, które Sąd obowiązany jest policzyć na korzyść obwinionego jako okoliczność winę łagodzącą. Ze stanowiska zaś teoretycznego, naukowego, ważném jest to pytanie dla tego, ponieważ dotychczas nie jest jeszcze rzeczą stanowczo pewną, czy w ogóle skutkiem urazu może powstać przepuklina, któréj poprzednio nie było. Choć za daleko może posunął się Roser twierdząc, że „kto od urodzenia nie posiada przepukliny, nie nabędzie jéj nigdy“, — i choćbyśmy zgodzili się na zdanie większości chirurgów, że w wyjątkowych przypadkach przepuklina powstać może skutkiem urazu, a nawet że odrazu powstać może uwięźnięcie, to przecież na to wszyscy się zgadzają, że przepuklina nie powstaje nagle u osoby prawidłowo zbudowanéj, chyba jeżeli już istnieje worek przepuklinowy, jeżeli więc osoba do przepukliny jest usposobioną. Dla tego więc w każdym podobnym przypadku sprawdzanie, czy przepuklina już istniała poprzednio lub nie, jest koniecznie wskazane, już to przez wywiady, jużtéżto przez skrupulatne badanie osoby żyjącéj, a témbardziéj zmarłéj. Wprawdzie na wywiadach nie zawsze polegać można, bo pomijając okoliczność, że obrażeni często przesadzają szkodę, którą ponieśli i niechcą się przyznać do tego, że przed obrażeniem już mieli przepuklinę, to liczyć się należy także z faktem, że wielu ludzi, nawet z lepszych warstw społeczeństwa, przez lat wiele chodzi z przepukliną nie domyślając się jéj wcale, a dopiero przy sposobności zwracają lub mają sobie na nią zwróconą uwagę, zwłaszcza, jeżeli ona skutkiem urazu nagle się powiększa lub sprawia dolegliwości. Mimo to znawca powinien starać się o ile może o wyświecenie prawdy; w przypadku niniejszym atoli nic pod tym względem nie zrobiono, a Wydział trzymając się zasady powyżéj wyłuszczonéj musiał przypuścić usposobienie Paranki D. do przepukliny, a tém samém owo szczególne usposobienie ciała.

Wreszcie zachodziła także niezgodność pomiędzy znawcami co do kwalifikacyi złamania 3 żeber. Polegając na doświadczeniu lekarskiém możemy wprawdzie uznać złamanie jednego żebra niczém nie powikłane za lekkie uszkodzenie cielesne, ale złamanie 3 żeber już dla tego uznać wypada za ciężkie uszkodzenie, ponieważ trudno spodziewać się, aby człowiek z takiém obrażeniem był zdolnym do pracy przed upływem dni 20, a choćbyśmy nawet to przypuścili, co zresztą byłoby możebném, to i tak drogą porównania z innemi obrażeniami, które ustawa karna wylicza jako ciężkie, na podstawie ostatniéj cechy § 152 k. k. musielibyśmy dojść do tego samego wniosku [1]).

III. Z pracowni chemii lekarskiéj prof. Dra Stopczańskiego i z oddziału chorób wewnętrznych prof. Dra Pareńskiego.

Doświadczenia nad antipyrynem, jako środkiem przeciwgorączkowym z uwzględnieniem jego wpływu na przemianę materyi.

Podał Dr. Józef Wiczkowski,
asystent zakładu chemii lekarskiéj.
(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

Na zasadzie przytoczonych doświadczeń pozwalam sobie wysnuć następujące wnioski:

1. Antipyryn podany wewnętrznie chorym gorączkującym obniża gorączkę, a wraz z nią

[1]) Na przypadku niniejszym kończy się pierwsza seryja orzeczeń. *Redakcyja.*

zwalnia przemianę materyi: gdyż obniżeniu się wysokiéj ciepłoty towarzyszyło zmniejszenie się tak ilości mocznika, jako téż ilości azotu wydzielanego drogą moczu.

2. W czasie obniżenia się gorączki zwiększa się w moczu ilość kwasu siarkowego połączonego z ciałami aromatycznemi kosztem kwasu siarkowego połączonego z potasowcami.

3. W czasie apyreksyi sprowadzonéj podaniem antipyrynu ilość chlorku sodu w moczu pozostaje silnie zmniejszoną nawet po wprowadzeniu podostatkiem soli kuchennéj.

4. Czy wreszcie antipyryn wpływa na skrócenie przebiegu chorób gorączkowych, o tém wspomnę jeszcze późniéj.

Wniosek pierwszy oparłem na licznych (39) doświadczeniach przytoczonych powyżéj. W czterech zaś innych przypadkach ilość mocznika, jako téż azotu w moczu zwiększyła się śród podawania antipyrynu. Przyczyna téj niezgodności z powyższém twierdzeniem okaże się przy bliższém rozpatrzeniu tablic, przedstawiających graficznie przebieg ciepłoty, tętna itd. chorych pod IV, VI i IX. Mimo forsownego podawania im antipyrynu ciepłota dochodząca do 40° i 41° C. albo wcale się nie obniżała, albo tylko mało co, i to na krótki przeciąg czasu. Dla dokładnego obrazu przemiany materyi w czasie obniżenia się ciepłoty skutkiem działania antipyrynu winien chory pozostać w stanie bezgorączkowym albo przez całą dobę, lub przynajmniéj przez większą jéj część, jeżeli oznaczenie ilości mocznika i azotu w moczu ma być wyrazem dla téj przemiany. Gdy obniżenie się ciepłoty w tych przypadkach trwało tylko przez kilka godzin na dobę, to wpływ tego obniżenia nie mógł się uwydatnić zmniejszeniem się ilości mocznika i azotu, przeciwnie jest nawet usprawiedliwione wykazane zwiększenie się ilości tych składników. Inny był powód zwiększenia się azotu w moczu chorego w przypadku VIII, u którego po użyciu antipyrynu ciepłota spadała niżéj 38° i utrzymywała się w téj wysokości przez 24 godzin. Chory ten doznając silnego pragnienia używał znacznie większéj ilości wody, aniżeli mu używać pozwolono. Według doświadczeń Gentha (*Unters. über den Einfluss des Wassertrinkens auf den Stoffwechsel* 1856) i Moslera (*Archiv. d. Verein. für gemeinsch. Arbeit zur Förder. der wissenschaft. Heilkunde* 1858) zwiększa się ilość mocznika o 1 gr. po wprowadzeniu większéj ilości wody na każde 300 sz. cm., tém się téż tłumaczy zwiększenie się u naszego chorego ilości azotu drogą moczu wydzielonego. Sądzę, że dostatecznie wyjaśniłem przyczyny zwiększenia się ilości mocznika i azotu w moczu powyższych czterech chorych przy podawaniu antipyrynu, przez co zarazem utrwalić się starałem podstawę dla wniosku pierwszego. Śledząc wydzielanie się mocznika według linij prostych na tablicach graficznych w powyższych doświadczeniach widzimy, iż największy spadek przypada najczęściéj na pierwszy dzień podawania antipyrynu i w którym w porównaniu do następnych dni ciepłota najniżéj spadała; równocześnie występowały obfite poty. Wprawdzie tym ostatnim nie można odmówić pewnego wpływu na ilość mocznika i to o tyle, o ile od potów zależy ilość moczu, lecz z drugiéj strony trudno potami tylko wytłumaczyć sobie zmniejszenie mocznika, mimo że w tychże znajdowano mocznik, ale tylko w śladach. Zmniejszenie się ilości mocznika w dniach następnych po podaniu antipyrynu wahało się rozmaicie i nie można twierdzić, jakoby zachodził pewien stały stosunek między natężeniem ciepłoty a ilością wydzielanego mocznika. Zważając ilość mocznika i azotu wydzielanego na dobę przed i podczas podania antipyrynu, jak one powyżéj w pojedyńczych przypadkach i w graficznych tablicach są bliżéj oznaczone wypada: zmniejszenie się ilości mocznika po użyciu antipyrynu w przypadkach pod I. z 16,025 grm. na 5,384 grm., z 24,2385 grm. na 14,6823 grm. na 14,625 grm. itd.; pod II. z 29,8705 grm. na 15,8694 grm. na 24,7539 grm. itd.; pod III. z 40,2764 grm. na 9,3216 gr. na 7,1285 grm. itd; pod VII. z 36,7285 grm. na 9,9375 gr, na 20,469 grm. itd.; pod X z 17,2156 grm. na 7,159 grm.; pod XI. z 17,5595 grm. na 5,5998 grm.; a więc zmniejszenie się ilości mocznika wynosiło mniéj więcéj 3 grm. do 30 grm. na dobę. Ilość zaś mocznika wydzielanego na dobę po użyciu antipyrynu zwiększyła się w następujących przypadkach: pod V. nieznacznie tylko, bo z 3,737 grm. na 5,0183grm., daléj pod VI (biorąc średnio) z 18,109 grm. na 20,373 grm., pod IV z 15,5518 grm. na 23·742 grm. na 23,6328 grm. itd., pod VIII. z 27,5596 grm. na 40,4676 grm, na 52,4903 grm. itd. i pod IX. z 16,8332 grm. na 22,091 gr. na 21,8505 grm. itd. a więc ilość mocznika po użyciu antipyrynu zwiększała się mniéj więcéj o 2 grm. do 24 grm. — Ilość azotu otrzymanego z moczu przez spalenie zmniejszyła się po użyciu antipyrynu w przypadkach: pod I. z 9,192 grm. na 3,263 grm., II. z 18,865 grm. na 11,663 grm., III. z 22,577 grm. na 12,046 grm., VII z 22,11 gr. na 5,923 grm., X. z 9,743 grm. na 3,2158 grm. a więc mniéj więcéj o 5 grm. do 16 grm. na dobę; zwiększyła się zaś w przypadkach: pod IV. z 9,024 grm. na 13,764 grm. Müller (*Centralbl. f. klin. Medic.* 1884) w jednym przypadku po użyciu antipyrynu spostrzegł zmniejszenie się azotu w moczu z 19,6 gr. na 11,8 gr i z 23,4 gr. na 17,3 gr. Nie od rzeczy będzie przytoczyć tu cyfry autorów, którzy w tymże kierunku innych leków przeciwgorączkowych doświadczali, i tak Sassetzky (*Virchows Archiv* t. 94 zeszyt 3) zauważył po użyciu chininu zmniejszenie się ilości mocznika o 0·488 gr. do 10,884 gr., po użyciu salicylanu sodowego o 3,167 gr. do 4,989 gr.; po użyciu zimnych kąpieli miał tenże autor spostrzedz we wszystkich przypadkach zmniejszenie się o 0,979 gr. do 20,978 grm. na dobę. Większe lub mniejsze zmniejszenie się wykazywali również: Barth (*Beiträge zur Wasserbehandlung des Typhus* Dorpat 1866) i Schröder (*Deutsch. Arch. f. klin. Medic.* t. VI.) po użyciu zimnych kąpieli, jakkolwiek nie brak i eksperymentatorów, którzy po użyciu tychże samych środków (jako to: chininu, salicylanu sodowego i zimnych kąpieli) chcą wykazać zwiększenie się ilości mocznika [J. Bauer i Gwido Künstle (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* t. XXIV. i *Arbeiten aus dem medic. klin. Institute zu München* 1884)]. Z licznych doświadczeń poważnych autorów jak Traubego (*Deutsche Klinik* 1855), Hupperta (*Arch. f. Heilkunde* 1856), Brattlera (*Ein Beitrag zur Urologie im kranken Zustande* 1858), Unruha (*Arch. f. Heilkunde* t. 48), Senatora (*Untersuch. über d. fieberh. Process.* 1873), Naunyna (*Berl. klin. Wochens.* 1869. *Arch. f. Anat.-Phys.* 1870) itp. wiadomo, że zachodzi pewien stosunek między ciepłotą ustroju a przemianą materyi w tymże. Przemiana ta tycząca się istot proteinowych, białek itp. uwidocznia się w ilości mocznika i azotu z ustroju wydzielanego. Gdy więc te składniki są w mniejszéj ilości wydzielane w dniach apyreksyi sprowadzonéj jakimś środkiem przeciwgorączkowym, np. antipyrynem, aniżeli w dniach trwania wysokiéj ciepłoty, przeto

usprawiedliwionym jest wniosek, że po zastosowaniu antipyrezy utrata materyi nie następuje tak rażno, z czém niejako zaoszczędza się organizm. Jednakże nadmienionéj korzyści z obniżenia ciepłoty pochodzącéj nie można przeceniać, skoro wiadomo według doświadczeń Naunyna (*Arch. f. Anat. Phys. und wissensch. Medic.* 1870), Senatora (*Untersuch. über den fieberh. Process und seine Behandlung* 1873), Sidney-Ringera, (*Handbuch der allg. Pathol.* 1879), że nie tylko sama gorączka, ale i jad chorobowy „specyficzny“ zanim jeszcze wywołuje podniesienie się ciepłoty, a zarazem tak zwaną gorączkę, już sprawia zwiększenie się ilości mocznika i azotu w moczu, a zatem zwiększenie się przemiany materyi (istot proteinowych, białek itp.) Środki przeciwgorączkowe wtedy dopiero zyskałyby bezwzględną wartość, jeżeliby zarazem posiadały swoiste, niszczące działanie na jad chorobowy. Obecna nauka dąży do doświadczania środków przeciwgorączkowych w tym ostatnim kierunku. A gdy te obok obniżenia ciepłoty wywierają wpływ korzystny na przemianę materyi, na sprawę oddychania, przyswajania i trawienia, na czynność serca, przeto tłumaczy się używanie kliniczne tych środków, chociaż ich bezwzględna wartość nie została ustaloną. O ile antipyryn na wszelkie sprawy ustroju gorączkującego korzystnie działa, starałem się wykazać; a zestawiwszy to działanie antipyrynu z działaniem innych leków przeciwgorączkowych zwykle używanych widzimy, że nie tylko im dorównywa, lecz nadto w pewnych kierunkach korzystnie się wyróżnia, że tu wspomnę tylko o możności obniżenia na dłuższy czas ciepłoty po użyciu antipyrynu. Te właściwości antipyrezy w ogóle korzystne dla ustroju gorączkującego zaważają na szali wobec pytania, czy w chorobach gorączkowych należy ciepłotę obniżać, lub też zostawić ją właściwemu przebiegowi? Przeciwnicy antipyrezy obawiają się wystąpić czynnie przeciw gorączce, temu „naturalnemu i zbawiennemu odczynowi“, o którym się Sydenham wyraża: „*instrumentum naturae quo partes impuras a puris secernat*“. zasłaniając się rzeczywiście stwierdzoném spostrzeżeniem Heydenreicha (*Petersburg. med. Wochenschr.* 1876), według którego spirochety Obermeiera zachowują swą żywotność najdłużéj w ciepłocie 15°—22° C, krócéj w ciepłocie 37°, a szybko tracą ją w 40°. Powodem wielu chorób gorączkowych jest dostanie się i rozwój w organizmie mikroorganizmów; nowa jednak nauka bakteryjologii nie podaje nam żadnych podstaw do przypuszczenia, jakoby równie, jak spirochety, zachowywały się i inne mikroorganizmy, natomiast o wielu gatunkach wiemy, że giną dopiero w ciepłocie 100°—150°, a jad gorączkotwórczy, którego tak często używa się do sztucznego wywołania gorączki, nie traci swéj własności nawet w ciepłocie 40°—41° C. (Finkler-Pletzer. *Archiv f. d. gesammte Physiologie* t. 29, zeszyt 3 i 4), a więc w ciepłocie działającéj zabójczo na organizm ludzki. Gdyby się nadto wykazało, że środki przeciwgorączkowe działają niszcząco na jad gorączkotwórczy, to tém samém utrwaliłaby się podstawa dla zwolenników antipyrezy.

Czy po użyciu antipyrynu przebieg choroby skraca się, trudno stanowczo orzec; wprawdzie niektóre przypadki duru (I, II, X.) trwały krócéj, niżby się spodziewać należało po ich typowym przebiegu; lecz nie ma żadnéj rękojmi, czyby i bez leku równie długo, a może i krócéj nie trwały; zwłaszcza, że np. w przypadkach zapalenia płuc dławcowego sprawa zapalna mimo obniżenia gorączki wcale nie ustępowała, lecz posuwała się daléj. Należy przy téj sposobności zwrócić uwagę na zachowanie się chlorków w moczu w czasie apyreksyi wywołanéj antipyrynem. Fakt powszechnie znany zmniejszania się chlorku sodu w moczu w chorobach gorączkowych, tak połączonych z wypociną lub bez téjże, tłumaczono już to przejściem chlorku sodu w skład wypociny, już to w razie braku wypociny połączeniem się chlorków z białkami we krwi nieulegającém rozkładowi tak długo, jak trwa wysoka gorączka; dopiero z chwilą ustania gorączki występują one drogą moczu (Röhmann *Zeitsch. f. klin. Medic.* t. I.) W kilku naszych przypadkach przekonałem się, iż w czasie obniżenia gorączki za pomocą antipyrynu, trwającego nawet przez większą część doby, zmniejszenie się chlorku sodu w moczu nie ustawało mimo nawet wprowadzenia znaczniejszéj ilości chlorku sodu.

Wreszcie ze szczególniejszym naciskiem muszę podnieść działanie antipyrynu w ostrym gośccu stawowym; działanie to bowiem było skuteczne, szybkie i bardzo widoczne, mianowicie bole znikały i obrzmienie zmniejszało się; używanie więc antipyrynu w tém cierpieniu byłoby wskazaném.

IV. Ze szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

Choroby układu nerwowego spostrzegane w szpitalu św. Ludwika od r. 1879 do 1882.

Podał Dr. Emanuel Rosenblatt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

2) Przekrwienie opon mózgowych i mózgu w obec wady sercowéj.

Franciszek Latko, chłopiec $1^3/_4$ lat liczący, przyjęty 7 grudnia 1879 z płonicą i błonicą w okresie rozwoju. Nadto wykazało badanie wypuk krótszy nad szczytem płuca prawego, oddech tamże chuchający. Na czterech głównych punktach okolicy serca, najwybitniéj jednak nad zastawką dwukończystą, w miejscu pierwszego tonu szmer przedłużony, a ton drugi zaledwo nad ujściem aorty nieco wyraźniejszy. W moczu białko, ciepłota 39·2°. W przebiegu choroby występuje otok uszny, silne rozwolnienie, zapalenie płuc i śmierć. 1 lutego 1880. Wśród całego przebiegu choroby nie uważano żadnych objawów cierpienia ośrodków nerwowych.

Sekcyja wykonana 3 lutego wykazała: *Degeneratio glandularum bronchialium caseosa sbsq. tuberculosi pulmonum, hepatis, lienis (tumores tuberculosi), renum. Pneumonia lobularis bilateralis. Infiltratio hepatis adiposa majoris gradus. Defectus partis membranaceae septi ventriculorum magnitudinis diametr.* $^1/_2$ cm. *Hyperaemia summa cerebri.* W komórkach mózgowych znajdowała się nieco większa ilość jasnéj surowicy.

Czyżby i w tym przypadku miała gruźlica coś wspólnego z przekrwieniem mózgu? Ze względu na brak zapaleń opon surowiczych nie zdaje mi się to prawdopodobném.

3) Przekrwienie opon mózgowych i mózgu w przebiegu ospy.

a) Józef Bielański, lat 11, przyjęty 9 stycznia 1881 z ospą w okresie początkowym rozwoju, w stanie przytomnym, z ciepłotą 38·6°. 11 stycznia duszność, zgrzytanie zębami, zblednienie wysypki, śmierć.

Sekcyja wykonana 12 stycznia wykazała: *Variola vera in stadio eruptionis partim floritionis. Enteritis coli ulcerosa, tumor lienis, oedema pulmonum. Hyperaemia meningum et cerebri.*

b) Maryjanna Goldfingerówna, dziewczyna 2-letnia, przyjęta 17 stycznia 1881 z ospą w okresie wysypywania. 19/1 ciepłota 37·4°. Na twarzy ospa zlewająca się. 21/1 umiera Żadnych objawów przekrwienia mózgu.

Sekcyja wykonana 21 stycznia w 8 godzin po śmierci: *Variola vera partim haemorrhagica (?) in stadio floritionis, oedema pulmonum, hyperaemia meningum et cerebri*

W obydwu przypadkach opony miękkie były drzewiasto nastrzykane, kora ciemno-sinawa wyraźnie odbijała od przekrwionéj istoty rdzeniowéj. Sploty naczyniowe znacznie przekrwione.

Ponieważ co się tyczy ospy, do znacznéj ilości materyjału sekcyjnego odwołać się możemy, ponieważ odnośne przypadki po największéj części były o wiele cięższe niż powyżéj podane, a jednakowoż tylko w tych dwóch zauważyliśmy przy sekcyi wyraźne przekrwienie opon i mózgu, chociaż u nich właśnie za życia nie zauważyliśmy żadnych objawów, któreby do tego odnieść było można, podczas gdy w innych znajdowaliśmy bezprzytomność, drganie odnóg, rzucanie się, ciągłe zgrzytanie zębami i nawet wymioty w okresie późnym, dla tego przypadki te podajemy w celu wykazania, iż rozpoznanie przekrwienia opon i mózgu w biegu chorób ostrych zakaźnych jest, naszém zdaniem, bardzo trudne.

4) W błonicy i dławcu.

a) Stanisław Samczowski, 3 lata liczący, przyjęty 29 stycznia 1879 z objawami zapalenia płuca prawego. Obwód czaszki wynosi tylko 45cm. Gałki oczne nieco wysadzone, ruchy ich bezcelowe, niestateczne, ślinienie obfite. 4/2 nie gorączkuje, 7 lutego nabywa płonicy i błonicy a 12 lutego umiera. Żadnych objawów przekrwienia mózgu, tylko zapad ogólny, bardzo nikłe tętno i duszność.

Sekcyja wykonana 13 lutego 1879. *Pneumonia catarrh. sin., dextra circumscripta lobi inferioris. Diphtheria palati mollis et isthmi faucium. Catarrhus chronic. intestini tenuis. Tumor lienis. Hyperaemia meningum et cerebri.*

b) Anna Firlicińska, dziewczyna 2-letnia, przyjęta 27 grudnia 1880 z krztuścem. 31 grudnia zapada na błonicę połyku, c. 39·1°, obrzęk gruczołów, leczenie pilokarpinem, 2 stycznia umiera.

Sekcyja wykonana 3 stycznia: *Pharyngolaryngitis croupo-diphtherica, bronchitis et atelectasis diffusa pulmonum. Hyperaemia summa meningum et cerebri.*

c) Franciszek Fijałkowski, chłopiec 2-letni, przyjęty 4 listopada 1880 z krztuścem, zapada 6 stycznia na dławiec, i zmiera 7 stycznia w kilka godzin po dokonanéj tracheotomii.

Sekcyja wykonana 9 stycznia 1881: *Laryngitis membranacea, pneumonia lobularis praecipue dextra. Hyperaemia meningum et cerebri. Melanosis lienis partim et hepatis.*

d) Adela Kargówna, dziewczyna 3½-letnia, przyjęta 10 grudnia 1881 z błonicą przełyku i krtani w stanie konającym.

Sekcyja 11 grudnia: *Pharyngolaryngitis ‘ crouposa. Hyperaemia et oedema pulmonum. Hyperaemia meningum et cerebri. Enterocatarrh. chronicus c. hyperplasia gland. mesaraicarum.* Opona twarda zrośnięta jeszcze ściśle z wewnętrzną powierzchnią czaszki.

We wszystkich tych 4ch przypadkach nie było żadnych objawów klinicznych do rozpoznania przekrwienia czynnego opon mózgowych i mózgu, gdyż przebieg nie różnił się w niczém od wielu innych przypadków błonicy i dławca u nas zauważanych, a w których przy sekcyi żadnego nastrzykania opon lub przekrwienia istoty mózgowéj nie można się było dopatrzeć. W obec faktu tego przypuścić chyba musimy, iż dzieci te posiadały już jakieś usposobienie do przekrwienia opon i mózgu, polegające czyto na większéj pobudliwości systemu nerwowo-naczyniowego, czytéż na odmiennéj mięszanine krwi, np. zwiększeniu ilości ciałek czerwonych lub t. p.

C. Wynaczynienie w oponach mózgowych i mózgu

Wynaczynienia w oponach mózgowych i mózgu nie są chorobami częstemi w wieku dziecięcym, pomijając przypadki przydarzające się u noworodków, wywołane samą sprawą porodową, a w rzadkich razach urazem działającym na dziecię zostające jeszcze w łonie matki. Występują one jak wiadomo: 1) pod wpływem jakiegoś cierpienia miejscowego np. urazu na czaszkę wywartego, przekrwienia silnego mózgu, zapaleń zwłaszcza wikłających się z zakrzepicą naczyń, w następstwie zatoru, pęknięcia drobnych tętniaków naczyń mózgowych, wreszcie pod wpływem zmian gruźliczych w ścianach naczyniowych; 2) pod wpływem jakiejś choroby ogólnéj ustroju, a zatém w t. zw. *Diathesis haemorrhagica*, w zatruciach, w chorobach zakaźnych itp.

Co do rozpoznania wynaczynienia w mózgu u dzieci, to uwzględnić musimy przedewszystkiém: *a)* w jakich warunkach rozpoznać można wynaczynienie w ogóle i *b)* jak rozróżnić, czy wynaczynienie nastąpiło w oponach mózgowych, czy téż w mózgu. Otóż pedyjatrzy zgadzają się po większéj części na to, iż rozpoznać można wynaczynienie w jamie czaszkowéj wtedy, jeżeli ognisko jest większe, toż wynaczynienie znaczniejsze następuje nagle i nie ogranicza się tylko do splotów naczyniowych w komórkach. Przypady w takim razie są następujące: Nagła utrata przytomności, bladość twarzy, charczenie, wymioty, mimowolne oddanie kału i moczu, czasem drgawki, zwyczajnie zniesienie czucia i ruchów. Mojém jednak zdaniem jeszcze i wtedy nie można rozpoznać wynaczynienia, gdyż te same objawy wywołać może nagłe przekrwienie mózgu lub zator tętnic mózgowych. Należałoby zatém przedewszystkiém być w możności wykluczenia zatoru, stwierdzając czyto brak wady sercowéj, zapalenia śródsierdzia, schorzenia naczyń krwionośnych, jużtéż brak chorób upośledzających odżywienie ogólne ustroju, a mogących w następstwie doprowadzić do skrzepów krwi w komórce lewéj zwłaszcza pomiędzy beleczkami, a nakoniec wykluczając możliwość zatorów tłuszczowych i barwikowych. A chóćbyśmy nawet znaleźli się w tém szczęśliwém położeniu, to jeszcze przeczekać należy co najmniéj 24 godzin, ażeby zauważyć, czy objawy te ogólne nie ustąpią w zupełności, co odpowiada tylko przekrwieniu mózgu, a w razie przeciwnym, jakie uwydatnią się przypady ogniskowe, z których dopiero o siedzibie cierpienia a następnie o jakości jego wnosić możemy. Rozpoznanie tylko samego wynaczynienia bez względu na to, czy ono jest w oponach czy w samym mózgu, jak widzimy, nie jest w pierwszéj chwili tak łatwém, a tém trudniejszém, prawie niemożliwém, natenczas jeżeli nie występuje u dziecka zdrowego, lecz okazującego już znaczniejsze cierpienie ośrodków. Któż rozpozna wynaczynienie w przebiegu ostrego zapalenia opon lub mózgu? Któż je rozpozna w zapaleniu gruźlicowém albo téż tylko w obecności guzów gruźliczych w mózgu, które czas jakiś rosnąc w utajeniu, bez wszelkich objawów, wywołują nagle taki sam zbiór przypadów ogólnych i ogniskowych, jak wynaczynienia w jamie czaszkowéj a specyjalnie wynaczynienia w istocie mózgowéj. W takich razach, jeżeli sprawa przeciąga się dłużéj i dziecię zostaje jeszcze

przy życiu a porażenia w jednakowém pozostają nasileniu, możemy tylko prawdopodobne przypuścić wynaczynienie. Co się zaś tyczy ściślejszego rozpoznania, czy wynaczynienie nastąpiło w oponach, czy w miąższu mózgowym, to jest ono w pierwszéj chwili całkiem niemożebném, chociaż zauważono, iż przy wynaczynieniu w samym mózgu wszystkie przypady występują nagle i gwałtownie, podczas gdy skutkiem wynaczynień w oponach objawy występują powolniéj w miarę zwiększania się ilości krwi wynaczynionéj, rozlania się jéj na powierzchni i ucisku na mózg. Dopiero po niejakim czasie, kiedy objawy ogniskowe przeważą nad ogólnemi, rozróżnienie nabywa nieco większego prawdopodobieństwa. Zmiany bowiem w sferze ruchowéj i czuciowéj wywołane wynaczynieniem w miąższu mózgu są zazwyczaj połowicze, podczas gdy skutkiem wynaczynień w oponach są one obustronne, gdyż krew rozpościerać się ma po całéj powierzchni półkul mózgowych. Następnie skutkiem wynaczynień w mózgu ruchy lub czucie bywa całkiem zniesione, gdyż wynaczynioną krwią zostają odpowiednie ogniska zmiażdżone, podczas gdy skutkiem wynaczynień na powierzchni ulegają one tylko uciskowi. Jakże jednak rozróżnić te dwa cierpienia od siebie, jeżeli wynaczynienie miąższowe nie ogranicza się do jednego ogniska, lecz jest wielomiejscowe, zwłaszcza w obec drobnych tętniaków? a literatura zna podobne przypadki, albo téż jeżeli wynaczynienie nastąpi w miąższ mostka Varola lub rdzenia przedłużonego a co nie zawsze natychmiastową śmierć za sobą pociąga. Pominąwszy jednak pomylenie się w rozpoznaniu, czy mamy przed sobą w danym razie wynaczynienie w mózgu czy téż w oponach, czy téż inną jaką chorobę materyjalną, istotną ośrodków nerwowych, to jeszcze i przypadki porażeń czynnościowych bez zmian anatomicznych, zupełnie podobny przedstawiać mogą obraz chorobowy, a rozpoznanie ich i odróżnienie od przypadków wynaczynień jest rzeczą nadzwyczaj trudną. Przypominam tu tylko przypadek podany w Przeglądzie Lek., 1883, Nr. 9, tyczący się chłopca, u którego wśród przebiegu krztuśca wystąpił cały szereg objawów cechujących wynaczynienie w jamie czaszkowéj, a u którego sekcyja żadnego zboczenia w mózgu nie wykazała.

Zobaczmy teraz, czy przypadki, w których sekcyja stwierdziła, a raczéj wykryła wynaczynienie w ośrodkach, koniecznie przebiegać muszą wśród objawów, jakie cierpieniu temu przypisują a które powyżéj podaliśmy. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z drugiéj seryi posiedzeń w sprawie cholery odbytych w Państwowym Urzędzie Zdrowia w Berlinie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Virchow zabrawszy głos wyraża zadowolenie, że Pettenkofer sam przypomniał swe dawno zapatrywanie. Pettenkofer to bowiem, o ile Virchow przypomnieć sobie może, był pierwszym, który przypuszczał, objaśniając epidemiję monachijską r. 1854, istnienie grzybka cholerycznego. Grzybek ten na razie usunięto z pod uwagi, z powodu doświadczeń Thierscha na białych myszach, które budziły podejrzenie, że odchody nie zawierają grzybka, lecz że on rozwija się dopiero następowo przy dalszym rozkładzie. Wówczas nawet w Monachijum utrzymywało się mniemanie, że grzybek rośnie na ścianach rur spadowych i ztąd do domów się dostaje. W miarę jednak ustalania się teoryi Thierscha o późniejszym rozwoju przyrzutów, uwydatniał się szereg innych stosunków, do których dostają się odchody a gdy istoty te nadzwyczaj często dostają się do gruntu, to bliskiém było przypuszczenie, iż grunt stanowi głównie bywa zanieczyszczonym. Virchow uznaje badania Pettenkofera co do powstawania pojedynczych epidemij, każdy badający stosunki pojedynczéj epidemii musi podobnie postępować. Z drugiéj atoli strony nie może Virchow pojąć Pettenkofera, dla czego żąda on, aby przypuszczać jeden tylko sposób rozwoju przyczyny cholery a mianowicie, że tylko w gruncie może przyrzut chorobowy róść i w jad się przemieniać. Virchow nie widzi racyi, dla czego nie mógłby on przejść także do wody do picia. Opozycyja teoretyczna jest w tym kierunku niemożliwą, jedynie empiryczna, mimo to Pettenkofer potępia teoryję wody do picia. Wpływ wody do picia zawisł od rodzaju wody, co do którego znaczne różnice zachodzić mogą. Zawsze jednak trzeba uwzględniać, czy z zaprowadzeniem nowéj wody do picia nastała istotna zmiana w stanie zdrowia. Jeżeli jednak np. Koch okazał co do Kalkuty wielką, nagłą i trwałą zmianę w stanie zdrowia, to w obec zarzutu Pettenkofera, że prócz wody do picia jeszcze inne rzeczy uległy zmianie, szłoby tylko o to, aby wykazać, że te inne rzeczy tyle lub mniéj znaczą co woda do picia. Przyznać trzeba, że z zaprowadzeniem nowéj wody zazwyczaj łączy się wzmożenie i poprawa odprowadzenia. Kwestyja więc wpływu wody do picia rozkłada się na dwie drugorzędne. Virchow zwraca jeszcze uwagę, że sprawa ta jak dla cholery ma także i znaczenie dla duru. W jednéj z swych prac poprzednich zestawił Virchow pewną liczbę miast odnośnie do wpływu wodociągów i kanalizacyi na dur. Uderza w tym spisie Hala, gdzie nagle i stale występuje zmniejszenie się śmiertelności z duru: gdy przed zaprowadzeniem wodociągów było rocznie 194, 215, 254, 160 przypadków śmierci z duru liczba obniżyła się po zaprowadzeniu wodociągów do 62, 65, 65, 43, 14, 28.—Obniżenie to jest co najmniéj tak uderzającém, jak różnica co do cholery w Kalkucie. W Berlinie od wielu lat krzywa duru biegnie odpowiednio do wahań wody zaskórnéj, Virchow tłumaczy to tém, że istotnie stan wody zaskórnéj wywiera wpływ na rozwój duru. Nie wnosi jednak ztąd, aby woda do picia nie wywierała wpływu na rozwój duru, lub aby woda do picia nie mogła duru sprowadzić. Jeżeli jakiś prątek poczytamy za przyczynę i nośnik choroby, to rozchodzi się tylko o to, w jaki sposób prątek ten do ustroju się dostaje. Z góry trudno rozstrzygnąć, którą dostaje się drogą, czy przez powietrze czy przez wodę do picia, nie można atoli powiedzieć, gdy oprócz nowéj wody uległy zmianie i inne rzeczy, aby wodę wykluczyć należało. Jeżeli prątek przecinkowy istotnie jest grzybkiem cholerycznym, należy rozważyć, że zdolność jego życia w wodzie niewątpliwie jest wykazaną, nie można zatém zaprzeczyć możliwości, że może się dostać z wodą do ustroju i w ten sposób chorobę szerzyć. Takie tłumaczenie musiałoby upaść, gdybyśmy znaleźli inny przyrzut lub jad cholery lub organizm choleryczny, któryby się w wodzie utrzymywać nie zdołał. Dopóki jednak przyrzut cholery, bez względu na rodzaj, w wodzie żyć może, to musimy się decydować uważać wodę do picia obok wody zaskórnéj i stosunków gruntu za możliwe źródło doprowadzania jadu do ustroju.

W dalszym ciągu omawia Virchow stosunki wody gruntowéj w Berlinie, rozumiejąc przez nią pierwsze źwierciadło wody, jakie pod powierzchnią ziemi napotykamy, gdy Pettenkofer rozróżnia właściwą wodę zaskórną i wodę przesiąkłą

z powierzchni.—Przechodzi następnie Virchow do omówienia stosunków wilgotności i zanieczyszczenia gruntu.

Jakkolwiek ważnêm jest wyobrażenie o pochodzeniu zanieczyszczenia z góry, nie należy go jednak nadużywać, wszystko z niego wywodząc. Jeżelibyśmy tak dur jak cholerę a może jeszcze i dyfteryję, czerwonkę i różne inne choroby z niego wyprowadzić chcieli, to byłoby to nieco dowolnêm.

W tym względzie zwraca Virchow uwagę na doświadczenia, jakie w jego zakładzie robił Dr. Babes a dotyczące wzajemnego stosunku różnych ustrojów tego rodzaju. Babes zadał sobie pytanie, jak zachowuje się prątek cholery zmięszany z innemi grzybkami? w walce o byt, jak Virchow powiada. Okazało się, że obecność różnych grzybków wpływa niezmiernie na prątka przecinkowego, nie rozwija on się w takich razach, a dotyczy to w szczególności tych wszystkich prątków, które szybko rosną i żelatynę prędko rozpłyniają, a więc grzybków gnilnych. To zgadza się z doświadczeniami podanemi przez Kocha, że ciecze wychodkowe wywierają wpływ niszczący na prątek przecinkowy.

Wynika téż ztąd, że w jakiejś masie wystawionéj na wpływ gnicia nie należy się spodziewać dalszego rośnięcia prątków przecinkowych, nawet gdyby się ich dodało. Przypuściwszy, że prątek przecinkowy jest grzybkiem cholery, to jestto nadzwyczaj cenny fakt dla dalszych wywodów. Wypada się mieć na baczności, wyobrażając sobie, że gdy grunt napełniony jest nieczystościami, a dostają się do niego różne przyrzuty, takowe jednostajnie rosnąć musiały. Zależeć to będzie od różnych okoliczności. Tak więc istnieć będzie miejscowe usposobienie, które stósownie do okoliczności będzie rozwojowi jakiegoś prątka sprzyjać lub go powstrzymywać.—To są jednak pytania, które dadzą się dopiero określić po dalszych badaniach. Nasze zaś badania co do wody gruntowéj, wody do picia, bielizny, są dopiero w początkowym okresie, coraz nowe nasuwają się kwestyje, Virchow sądzi jednak, że przy ich rozbiorze spotkamy się z Pettenkoferem na polu usposobień. — Virchow zwraca uwagę na jedno tylko, iż ktokolwiek widział jaką epidemiję cholery, przyzna wysokie znaczenie osobistego usposobienia. — Przy sekcyjach zwłok osób zmarłych z ostréj cholery zawsze znajdujemy objawy w toku będącego trawienia. Pojawianie się to napadu cholery w okresie trawienia i przerwanie tegoż przez napad cholery jest czémś tak uderzającém, że każdemu nasuwa się myśl, iż tu coś istnieje, co dla zrozumienia choroby jest ważne. Ze spostrzeżeń w pierwszych epidemijach poczynionych i doświadczeń wynika, że jeżeli istnieje w żołądku usposobienie, które przyspiesza opróżnienie żołądka a więc posuwa ingesta bardzo rychło do dwunastnicy, stanowi to wstępny warunek dla dalszego rozwoju choroby. Wiele osób posiada tak drażliwy żołądek, iż zjadłszy jabłko w pół godziny dostają rozwolnienia, tu znaczna ilość treści żołądkowéj naraz przechodzi przez kiszki. Stanowi to okoliczność sprzyjającą przenoszeniu się żyjących ustrojów (któreby w zwykłych razach przez żołądek zostały zniszczone) do dolnych odcinków kiszek a wraz z têm umożliwia, że ustroje te rozwijają się daléj w dolnych częściach kiszek.

W końcu porusza Virchow jeszcze jednę sprawę będącą na porządku dziennym zebrań, ale dotąd nieporuszoną, zakażenia przez powietrze, którego nie chce obszerniéj rozbierać, ale zwrócić tylko uwagę na różnicę zapatrywań jego od zapatrywań Kocha. Koch sądzi, zdaniem Virchowa, że należy powietrze całkiem z szeregu przyczyn chorobotwórczych wykluczyć, a jeżeli Koch przypuszcza je dla wyjątkowych przypadków, to wypadałoby przypadki te wymienić. Virchow badając w ostatnich czasach wiele przypadków odnoszących się do zakażenia przez bieliznę napotkał wiele uderzających przykładów, iż zapadli ludzie, którzy sami nie prali, ale mieli do czynienia z bielizną nieczystą. Tu zaliczyć téż wypadało i przypadki odnoszące się do przestrzeni, w których dłuższy czas niepraną bieliznę przechowywano, a w których wybuchła cholera lub nabawiono się jéj. Przypadki takie trudno inaczéj wytłumaczyć, jak że istnieje możliwość przeniesienia przez powietrze. Nie trzeba sobie tego tak wyobrażać, iż zaraża powietrze wnikające do płuc, ale przy oddychaniu dostaje się do ust wiele rzeczy, które bywają połknięte. Przenosi te istoty powietrze. Czyż więc nie można sobie pomyśleć, że wilgotne cząsteczki z powierzchni bielizny przy manipulowaniu z nią odrywają się, zamieniają się w rodzaj pyłu, tak samo jak się rzecz ma z węglem. Także w powietrzu zawieszone cząsteczki mogą czas pewien, choćby krótszy, unosić się w otoczeniu osoby, a przytêm dostać się do ustroju i być przeniesionemi. — Tłumaczenie takie zbliżałoby się do dawniejszego zapatrywania Pettenkofera co do zawlekania przez brudną bieliznę przyrzutu cholery w powietrzu zawartego. Na wszelki przypadek wypada nam być ostrożnymi i wstrzymać się od wyrażenia zdania, że przyrzut cholery nie może przenosić się przez powietrze. Zdaniem Virchowa tymczasowo musimy jeszcze uznawać możliwość, że istnieje także choćby chwilowe i więcéj gwałtowne dostawanie się zarodków grzybkowych do powietrza i że ztąd nastać może zarażenie.

Zabrał jeszcze głos Koch nadmieniając, że może on sobie przeniesienie cholery przez bieliznę w inny jeszcze sposób wyobrazić, aniżeli w te sposoby, o których Virchow wspomniał. Niekoniecznie uciekać się pod tym względem do powietrza. Przy zarażeniu się przez bieliznę rozchodzi się o takich, którzy bieliznę pakowali, przenosili lub czyścili, a więc byli z nią w bezpośredniéj styczności; przypuszcza więc Koch, że dotykali się rękoma miejsc powalanych odchodami i przenieśli jad do potraw lub do ust. Przeciw temu, co Pettenkofer podał o stosunkach cholery w Kalkucie i w fortecy William, miałby Koch wiele do powiedzenia, mianowicie co do grupowania dat statystycznych, pozostawia to jednak do innéj sposobności, zwraca tylko uwagę, że wszystko to, co powiedział, miało na celu obronę jego zapatrywań w obec zarzutów Pettenkofera, nie stanowiło zaś bynajmniéj zaczepki zapatrywań Pettenkofera.

Na tę ostatnią uwagę odpowiada Pettenkofer, że idzie tu o dwa przeciwne zapatrywania, mające pewne praktyczne następstwa, a Pettenkofer uważa to za nieszczęście, jeżeli znów pojawia się zapatrywanie, że sam chory choleryczny lub że on głównie stanowi nośnik jadu cholerycznego, że uważamy go za najniebezpieczniejszego, którego należy unikać, którego należy odosabniać tak, że czasem może być nawet pozbawiony opieki, jest bowiem zdania, oparty na doświadczeniu, że obcowanie z chorymi cholerycznymi nie jest połączone z niebezpieczeństwem, właściwy zaś epidemijologiczny punkt ciężkości leży całkiem gdzieindziéj, jak się to okazuje w Indyjach i u nas. Przez odosabnianie chorych, odwietrzanie, powstrzymywanie komunikacyi, nigdzie nic nie wskóraliśmy ale przez sanitarne ulepszenia otoczenia ludzi, miejscowości, zyskaliśmy wybitne wyniki, a to skłania Pettenkofera przywięzywać do tego wagę; Koch więc nie powinien brać tego za osobiste przeciw niemu wystąpienie, gdyż przeciwnie Pettenkofer cieszy się, że bakte-

ryjologija obecnie w ten sposób się rozwija i że zyskała takiego jak Koch przewodnika, który podał sposoby epokę stanowiące i poczynił odkrycia odpowiednie, ale życzy sobie Pettenkofer, aby nawał epidemijologicznych faktów naprowadził go na lokalistyczne tory, bo na nich niewątpliwie wiele jeszcze jest do znalezienia, co da się bezpośrednio pod względem ochrony zdrowia zużytkować.

Przemówienie to stanowiło niejako naturalne przejście do nowego działu rozpraw. (C. d. n.)

Oser: **O nerwicach żołądka i ich leczeniu.**

Nerwice żołądka dzieli Oser za przykładem Leberta na nerwice ruchowe, czuciowe, wydzielnicze i naczynioruchowe.

A. Nerwice ruchowe. Autor chcąc rozwiązać pytanie, pod wpływem jakich nerwów i w jaki sposób odbywają się fizyjologiczne ruchy żołądka, wykonał szereg następujących doświadczeń na zwierzętach. Przekonawszy się na podstawie badań gastroskopowych, przedsięwziętych wspólnie z prof. Mikuliczem, że część odźwiernikowa żołądka ludzkiego odznacza się nadzwyczaj łatwą pobudliwością, wprowadzał do odźwiernika zwierząt jużto przez żołądek jużtéż przez dwunastnicę kleszcze opatrzone sprężyną, których ruchy, zależne od ruchów odźwiernika, można było przedstawić graficznie za pomocą odpowiednich przyrządów. W ten sposób wykazał, że część odźwiernikowa żołądka kurczy się w nieregularnych odstępach czasu z różną siłą, że ruchy te istnieją także nawet po przecięciu nerwów błędnych na szyi i nerwów trzewowych w jamie brzusznéj, że podrażnienie nerwów błędnych wywołuje zawsze rychły skurcz odźwiernika i to têm silniejszy, im silniejszym jest bodziec drażniący. Skurcz odźwiernika występuje zazwyczaj natychmiast po zadrażnieniu nerwu, czasem po krótkiéj chwilce a najpóźniéj po 8 sekundach. Po częstych i szybko po sobie następujących drażnieniach występuje znużenie odźwiernika. Podrażnienie nerwów trzewowych w jamie piersiowéj wstrzymuje samoistne ruchy odźwiernika. Wpływ podrażnienia nerwów trzewowych uwidocznia się zwolna, dochodząc do maximum po upływie 1 lub 2 minut, jestto chwila bezwzględnego spoczynku i największego rozszerzenia się odźwiernika, poczêm rozpoczynają się powoli samoistne ruchy żołądka, które w ciągu 3 minut odzyskują pierwotną swą siłę. Z tych doświadczeń wynika, że skurcz odźwiernika zostaje pod wpływem nerwu błędnego, a otwarcie odźwiernika zawisło od czynności nerwu trzewowego, podczas gdy samoistne ruchy żołądka odbywają się pod wpływem komórek zwojowych rozmieszczonych w ścianie żołądka. Otwarcie się odźwiernika pod koniec trawienia tłumaczy autor w następujący sposób. Przez wessanie pokarmów strawionych w żołądku zmienia się skład krwi do tego stopnia, że krew drażni teraz włókna nerwu trzewowego podobnie jak prąd elektryczny, skutkiem czego otwiera się odźwiernik.

Nerwice ruchowe żołądka dzieli Oser na dwie grupy. Do pierwszéj grupy zalicza te nerwice, które polegają na zmniejszeniu się napięcia mięśniowego, drugą zaś grupę stanowią, według niego, nerwice, mające za podstawę nadmierne spotęgowanie się ruchów robaczkowych żołądka.

Do pierwszéj grupy należy: 1) odżuwanie, 2) niedomykalność odźwiernika i 3) atonija żołądka.

1. Odżuwanie (*ruminatio, merycismus*) polega na zwątleniu lub zupełnem porażeniu części wpustowéj żołądka, a cechuje się têm, że chorzy w krótkim czasie po spożyciu pokarmów zwracają takowe do jamy ustnéj i to bez żadnego wstrętu, ba nawet z pewną przyjemnością. Nerwica ta może mieć czasem bardzo ciężki przebieg i szydzić z wszelkich zabiegów leczniczych. Łagodniejsze formy téj choroby może zwalczyć chory siłą swéj woli, zmianą dyjety, spożywaniem wyłącznie suchych pokarmów i spokojem po jedzeniu. Do należytego wytłumaczenia odżuwania nie wystarcza, zdaniem autora, samo porażenie wpustu żołądka, lecz przypuścić nadto trzeba, że pokarmy wprowadzone do żołądka wywołują silniejszy ruch robaczkowy żołądka, skutkiem któregoto ruchu zostają pokarmy wyrzucone przez otwarty wpust żołądka do jamy ustnéj.

2. Niedomykalność odźwiernika (*insufficientia v. incontinentia pylori*) jest wynikiem schorzenia mięśni odźwiernika jużto z przyczyn mechanicznych, jużtéż z przyczyny czysto nerwowéj. W celu rozpoznania téj choroby wtłacza autor powietrze atmosferyczne do żołądka za pomocą balonu i miękkiego zgłębnika żołądkowego. Jeżeli odźwiernik domyka, to żołądek wydyma się, w przeciwnym zaś razie uchodzi powietrze do jelit. Wypukiem łatwo stwierdzić można, czy powietrze znajduje się w żołądku czy téż w jelitach. Sposób ten ma być lepszym, jak sądzi autor, niż metoda podana przez Ebsteina, polegająca na podaniu choremu proszków, z których wytwarza się w żołądku kwas węglowy; za pomocą balonu można bowiem wprowadzić do żołądka dowolną ilość powietrza, jak niemniéj takowe wypuścić w razie, gdyby chory doznawał jakichkolwiek dolegliwości. Podczas gdy Ebstein przytacza jako objawy kliniczne niedomykalności odźwiernika: 1) ustąpienie wymiotów, 2) wydęcie jelit, 3) biegunkę, mającą występować skutkiem podrażnienia jelit kwaśną treścią żołądka, nie przypisuje Oser wszystkim tym objawom żadnego znaczenia rozpoznawczego. Że odżywienie chorego niekoniecznie cierpieć musi w razie istnienia niedomykalności odźwiernika, dowodzą zdaniem autora, te przypadki, w których wycięto odźwiernik z przyczyny raka, blizny lub wrzodu, a chorzy mimo to dobrêm odżywieniem się cieszyli.

3. Atonija żołądka polega na zmniejszeniu się napięcia mięśni żołądka. Choroby mózgu i rdzenia pacierzowego mogą sprowadzić taki niedowład mięśni żołądka. Zapalenie otrzewny, obrażenie ścian brzusznych, choroby narządu płciowego u kobiet, ostre lub przewlekłe zapalenie żołądka mogą w drodze odruchowéj wywołać porażenie mięśni żołądka w ten sposób, w jaki powstaje np. porażenie pęcherza wśród nieżytu pęcherza. Wynikiem atonii żołądka jest rozstrzeń żołądka (*dilatatio ventriculi*). Z tego względu objawy powyższéj nerwicy ruchowéj żołądka są identyczne z objawami rozstrzeni żołądkowéj. (C. d. n.)

Prof. Dr. Ch. Bäumler. **Porażenie nerwu wstecznego w przewlekłych chorobach płuc.**

Prof. B. opisuje trzy przypadki, gdzie w skutek przewlekłego zapalenia gruczołów oskrzelowych lub przewlekłych zapaleń płuc wywiązało się zapalenie nerwu wstecznego z następowêm porażeniem tegoż. Nadzwyczaj trudne, a nieraz i niemożebne, jest rozpoznanie, czy przyczyna takiego zapalenia leży w przewlekłych zapaleniach gruczołów oskrzelowych, czy téż zależy od tętniaka głównéj tętnicy, bo nie posiadamy żadnych pewnych objawów celem rozpoznania. Czasem tylko sfigmograf może rozstrzygnąć, czy jest nierówność fali w tętnicach sprychowych lub szyjnych, lub téż czy są objawy ucisku tchawicy lub przełyku. Jeżeli brak tych objawów, a przytêm nie ma i skurczowego szmeru w sercu, wtedy nie możemy na pewno orzec, jaka przyczyna porażenia nerwu wstecznego. Co do etyjologii nadmienia B., że

oprócz wyżéj wzmiankowanych chorób kiła i przewlekłe zatrucie wyskokowe wywołują czasem przerost tkanki łącznéj w śródpiersiu tylném, a w następstwie i nerw wsteczny ulega przerostowi. Rokowanie zawsze złe, nawet w kile rzadko doczekamy się poprawy. Trzeba jednak w tych przypadkach dawać jodek potasu, w innych zaś stósować systematycznie i konsekwentnie prąd przerywany pomimo, że w większéj części przypadków rezultat bywa ujemny. (*Arch f. kl. Med*). tom 37). *Dr. J. Surzycki.*

Wiadomości pomniejsze.

Kugelmann (z Hanoweru) miał na posiedzeniu Zjazdu lekarskiego w Strasburgu odczyt **o leczeniu macicy jodoformem.** Zachęcony skutecznością tego leku w nieżytach nosa, zaczął go stósować i w nieżytach macicy. Wystrzykawszy pochwę i część pochwową macicy wodą i 3% kwasem karbolowym, wprowadzał kateter męzki, zmodyfikowany przez Hüpedera z odpowiedniém zgięciem, napełniwszy go przedtém stósowną ilością jodoformu i wdmuchiwał ten proszek za pomocą balonika. Sposób leczenia jest prosty, oszczędza choremu i lekarzowi wiele uciążliwości, zasługuje zatém na uwagę ogólną. (*H. O.*)

○ **Nitrogliceryna w zapaleniu nerek**. Bourgiński twierdzi, że nitrogliceryna w małych dawkach zmniejsza dzienną ilość białka w moczu. Ilość moczu dzienna staje się większą, a zwiększenie to utrzymuje się czas jakiś po zaprzestaniu używania tego środka. Stopniowo zwiększane dawki mają jeszcze większy wpływ na zmniejszanie białka. Nie zauważył on żadnych ocenić się dających zmian w ciężarze gatunkowym moczu ani w ciężarze chorych. Środek ten nie wywiera zgubnych wpływów na ogólny stan chorego z wyjątkiem słabego przemijającego bólu głowy, który się zdarza w pierwszych dniach używania. (*The Lancet* 1885, II, Nr. 16).

○ **Złamania dna czaszki.** Wilhelm Grader czynił doświadczenia nad złamaniami czaszki spuszczając ciężary ważące 200 do 240 funtów na głowy trupów z wysokości 4 stóp. Doszedł on do następnych wniosków: 1) Przerwy w ciągłości na dnie czaszki o ile dotyczą złamań podłużnych, poprzecznych i skośnych należy uważać za szczeliny powstałe w skutek pęknięcia. 2) Kierunek szczelin jest równoległym do wywartego ciśnienia. 2) Rozległość złamania zawisła od rozlicznych okoliczności różnych stosownie do czaszki i doświadczenia a nie można o niéj wnosić jedynie z gwałtowności uderzenia. Wynik praktyczny z tych badań jest ten, że z kierunku uderzenia wnosić można o kierunku złamania i oznaczyć narządy, które obrażenia doznały a które oszczędzone zostały. Odwrotnie lekarz sądowy z kierunku złamania wnosić może o kierunku uderzenia. (*The Lancet* 1885 II Nr. 12).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XXXII Posiedzenie Tow. lek. krak. z d. 7 października 1885 r.
Przewodniczący kol. Rosner. Członków obecnych 22.

1. Kol. Trzebicki przedstawił chorego, u którego prof. Mikulicz wykonał w klinice przed 4ma miesiącami połowicze wyłuszczenie krtani z przyczyny nowotworu rakowego. Operowany obecnie obywa się i mówi bez kaniuli. Przytém prelegent rozbiera metody i szanse podobnéj operacyi oraz wskazania.

2. Kol. Grabowski zdaje sprawę z zabiegów Komisyi około wykonania portretu śp. prof. Kozubowskiego, przedkłada rachunki z poniesionych na ten cel wydatków, oraz przedstawia wniosek Komitetu Tow. co do czasu, miejsca i sposobu, w jaki ma się odbyć uroczystość zawieszenia portretu. Tow. przyjmuje wnioski, udzielając wraz z podziękowaniem absolutoryjum Komisyi.

3. Kol. Grabowski odczytuje petycyję lekarzy czeskich do Rady państwa w sprawie kas wsparcia dla chorych, oraz odezwę tychże lekarzy czeskich do Tow. lek. krak. z prośbą o poparcie podania. Tow. zgodnie z wnioskiem Komitetu uchwala wystosować podanie do Rady państwa.

4. Kol. Browicz mówił o nowszych poglądach na powstawanie żylaków.

W dyskusyi uważa kol. Mikulicz podstawę doświadczeń Lessera za mylną, gdyż zatkanie żył nigdy żylaków nie wywoła, jakto częstokroć widzimy w nowotworach ugniatających żyły. Powodem tego jest: 1) Że ciśnienie w żyłach jest bardzo nieznaczne, jako zależne od ciśnienia w naczyniach włosowatych. 2) Że przy ciągłém zatkaniu żyły wytwarza się obieg kolateralny. Zapewne, iż w wielu przypadkach należy podzielać zapatrywania nowsze na sprawę powstawania żylaków, w znacznéj jednak, jeżeli nie przeważnéj liczbie, przynajmniéj tak zwanych prawdziwych żylaków, jak krwawnice, żylaki mosznowe, za moment przyczynowy potrzeba przyjąć stosunki mechaniczne, t. j. ciążenie słupa krwi w daném naczyniu żylném. Do podobnego pojmowania rzeczy skłania zarazem fakt, iż żylaki tworzą się zwykle w niższych od obwodu leżących częściach danego naczynia, jak np. okolice kostek, skoro na uwagę weźmiemy żyłę *saphena*, któréj długość jest tak znaczna, oraz wzgląd, że przy cierpliwém leżeniu chorego rozszerzenia żył znacznéj ulegają modyfikacyi. Dziedzicznym wpływom także niepoślednie znaczenie przypisać należy. W odpowiedzi kol. Browicz zwraca uwagę na zastawki żylne tak blisko siebie położone, w których widzi niejako przeciwdziałacze ciążeniu słupa krwi. Kol. Mikulicz uważa opór stawiany przez zastawki za bardzo nieznaczny, czego dowodem, że w żylaku zastawki są niejako zdławione, na bok usunięte, tak że poznać je można tylko jako sierpowate wyniosłości wystające przez ścianę danego naczynia.

Dr. Dobruchowski.

Posiedzenie zwyczajne Towarzystwa lekarzy kijowskich z d. 26 października 1885 r.

Przewodniczący prof. Dr. Münch. Członków obecnych 44.

1) Kol. prof. Stukowenko przedstawił chorą z kliniki chorób skórnych i kiłowych z pierwotném twardzielem kiłowym na prawym policzku. Przyczyna zakażenia téj 24-letniéj zamężnéj izraelitki pozostała niedocieczoną; mąż jéj zupełnie zdrów i nie przebywał nigdy chorób wenerycznych. Sam twardziel pierwotny przedstawiał się w postaci okrągłéj, wielkości złotego reńskiego, na wyniosłości nieco spłaszczony; stwardnienie nader wyraźne u podstawy i na brzegach tego ściśle odgraniczonego guza; po wierzchnia twardziela pokryta cienkim, brunatnym strupem, pod którym znajdowało się powierzchowne lecz dość obszerne owrzodzenie, raczéj nadżerek o skąpéj wydzielinie. Gruczoły podżuchwowe z prawéj strony znacznie zwiększone i stwardniałe, szczególnie gruczoł usadowiony w kącie szczęki dolnéj. Inne gruczoły nieco obrzmiałe, niebolesne, twarde. Najmniéj dotknięte były gruczoły pachwinowe; na wargach sromnych kilka kłykcin sączących. Po skórze tułowia i odnóg dość gęsto rozsiane plamy osutki plamistéj, już się mającéj ku zanikowi. Chora od dwóch miesięcy spostrzegała nadżerek na policzku, który wkrótce miał zmienić swą postać w guz, ciągle się powiększający.

W dyskusyi zauważył kol. Tomaszewski, iż przedstawiony przypadek wyszczególnia się od innych brakiem głębokiego owrzodzenia, zwłaszcza że od powstania pierwotnego stwardnienia upłynęło juz kilka tygodni.

Kol. Stukowenko odpowiada na to, iż pierwotne twardziele na skórze powstałe, zwykle mają taką postać, jaką widzimy w danym przypadku.

Kol. Szadek nadmienia, że przeglądając opisane dotąd przypadki umiejscowienia pierwotnego twardziela kiłowego na policzkach, można przekonać się, że w téj okolicy zwykle spostrzega się tak zwane *ulcus elevatum* z nieznaczném owrzodzeniem niedrążącém w głąb, o skąpéj wydzielinie, ale za to najczęściéj rozmiary stwardnienia bywają większe niż gdzieindziéj (przypadki Andersa i Mandera, Henryego, Zeissla, Weinberga, Hulota, Goulda, Lavergnea, Perrina i innych); z pomiędzy tych przypadków zwracają na siebie uwagę następujące:

Zeissla, w którym u dozorczyni chorych powstał niezwykłych rozmiarów twardziel kiłowy (*monströse Sklerose*) na prawym policzku; zakażenie w tym przypadku nastąpiło w skutek pocałunku chorego kiłowego, w przypadku zaś Hulota spostrzegano na obu policzkach umiarowo usadowione dwa pierwotne owrzodzenia kiłowe, powstałe jednocześnie.

2) Kol. Czujewski opowiedział przypadek spostrzegany w klinice położniczéj, w którym kobieta zamężna, 21 lat licząca, obok zupełnego braku macicy przedstawiała inne wady rozwojowe, dotyczące lewego gruczołu mlecznego i lewéj odnogi górnéj, która składała się li tylko z ramienia i 3ch palców, przedramienia wcale brakowało i cała lewa odnoga górna była 3 razy krótsza od prawéj; lewy sutek był znacznie większy w porównaniu z prawym, kręgosłup przedstawiał boczne skrzywienie, pochwa miała postać krótkiego i niewielkiego ślepego woreczka, macicy i jajników zupełnie brakowało. Budowa miednicy i odnóg dolnych przypominała typ męski.

3) Kol. Łukaszewicz odczytał rozprawę: O działaniu znieczulającém przy podskórnych wstrzykiwaniach kokainu na podstawie własnych doświadczeń. Prelegent chcąc przekonać się przeważnie o miejscowém działaniu kokainu robił doświadczenia na sobie samym i na kilka innych osobach oraz na zwierzętach. Do wstrzykiwań używał *Cocainum muriaticum* w rozmaitych dawkach (od 0,01—0,04 grm). Skutek był następujący: po upływie 5—10 minut następowało na przestrzeni mniejszéj lub większéj (co zależało od okolicy ciała i sposobu rozgałęzienia się nerwów), zupełne znieczulenie skóry; sąsiednia okolica skóry na około okazywała znaczne zmniejszenie się czucia na ból i dotyk, w okolicy znieczulonéj można było ją kłóć, krajać, przyżegać itd., nie wywołując przy tém najmniejszego uczucia bólu; dotykanie téż nie było odczuwane. Ku obwodowi od miejsca, gdzie dokonane było wstrzyknięcie kokainu, przestrzeń skóry znieczulonéj była zwykle znacznie większą niż w kierunku ośrodkowym, z czego prelegent wnosi, iż kokain miejscowo działa na pnie nerwów, w skutek czego przerywa się stosunek między ośrodkami nerwowemi i obwodowemi rozgałęzieniami nerwów, na które rozczyn kokainu miejscowo podziałał. Przypuszczenie to było sprawdzone za pomocą licznych doświadczeń dokananych na zwierzętach i ściśle kontrolowanych za pomocą elektro-galwanicznych przyrządów. Co się zaś tyczy ogólnego działania wstrzykniętego pod skórę kokainu, to prelegent na sobie spostrzegał następujące objawy: z początku następuje uczucie ogólnego zadowolenia, spokoju i błogości, lecz wkrótce wszystkie te przyjemne objawy stopniowo ustępują dając natomiast miejsce przykremu uczuciu zawrotów głowy, niedomagania, bezsenności. Po upływie niejakiego czasu (zależnie od wysokości dawki) wszystkie objawy znikają bez śladu.

W dyskusyi dość długiéj, która wywiązała się z powodu ciekawego i zajmującego odczytu kol. Łukaszewicza, zabierają głos koll. Rynek, Sikorski, Rein i Rudkow nie zgadzając się z tłumaczeniem prelegenta co do sposobu działania miejscowego kokainu utrzymywali oni; że daleko właściwiéj i stosowniéj byłoby tłumaczyć znieczulenie skóry, powstające w okolicy wstrzykiwania kokainu, działaniem kokainu na końcowe gałązki nerwowe rozrzucone w téj okolicy, gdzie dokonaném było wstrzykiwanie rozczynu. *Dr. Karol.*

VII. Szkice sanitarne z Persyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

II.

Wjeżdżając do Persyi którymkolwiek z granicznych przesmyków zaraz na pierwszéj stacyi przekonać się możemy, że naszém zjawieniem się wprowadziliśmy ogół w największe zaciekawienie. Jeżeli cudzoziemiec jest lekarzem, to wypada mu zapomnieć o znużeniu podróży, aby dla własnego spokoju, a powiem nawet, że i bezpieczeństwa w przyszłéj podróży, dobrze sobie usposobić licznych chorych, zjawiających się jakby na zawezwanie. To téż już na pierwszym moim przystanku, niezbyt dalekim od granicy, miałem sposobność spotkania się z pierwszymi klientami perskimi. Pierwszy przedstawił mi się Dżewamir, naczelnik kurdzkiego plemienia Hamawand, zbójów i łupieżców tradycyjnéj powagi. Ołowiane ciałko rzucone karabinem Martiniego w świeżéj potyczce z turecką strażą pograniczną, strzaskawszy mu obojczyk, ugrzęzło w górnéj części kości ramieniowéj. Za naczelnikiem przywlekły się i inne niedołęgi, w których liczbie kilku było dotkniętych gnilcem, jedna kobieta młoda jeszcze z rakiem sutków, wreszcie mężczyzna przedstawiający bardzo ciekawy rozwój plamicy Werlhofa. Oczywista, każdemu coś się wskazało, zapisując powyższe przykłady jako wyraz nie zbyt dobrego stanu zdrowotnego mieszkańców. Natarczywi zaś klienci nie mogli się pogodzić z faktem, że tylko radą przychodzę im w pomoc. W ich bowiem przekonaniu lekarz cudzoziemiec powinien bezwarunkowo wozić z sobą całe skrzynie leków, aby je szczodrą ręką rozdawać między zgłaszających się chorych. To téż radę przyjmując z pewném niezadowoleniem nie zaniechali jednak swych odwiedzin, które powtarzały się na każdéj stacyi, niekiedy nawet przy drodze, gdy z myślą tonącą we wspaniałéj panoramie, jaką geologiczna formacyja rozrzuciła przedemną, wertowałem jednocześnie podręczny słownik, aby choć cośkolwiek oswoić się z językiem miejscowym i gdy okoliczności pozwolą odczytać w oryginale Giulistan Sadiego, to arcydzieło wschodniego liryzmu. Jednocześnie od podróżnych dążących ku granicy starałem się dowiedzieć cośkolwiek pewnego o stanie zdrowotnym dalszych miejscowości. Pogadanki jednak podobne do niczego nie doprowadziły. Dowiedziawszy się, w jakim podróżuję celu, zbywano mnie zwykle zapewnieniem o najlepszym stanie zdrowotnym w tych prowincyjach. Czyniono to zaś z obawy, ażeby nie być narażonym na odsiadywanie w jednym z pogranicznych punktów kilkunastodniowéj kwarantany.

Często spotykane po drodze osady wiejskie lub małe miasteczka rozrzucone w dolinach u podnóży pasm górskich lub ponad wybrzeżami licznych tu rzeczułek, jedne nurzające się w błotnych kałużach, inne dla uniknięcia wilgoci czy nawet powodzi ustalone na wzgórkach, dzięki otaczającym je łańcuchom gór, cieszą się bardzo powabną panoramą, lecz w istocie mającą wyraz smutny, cechujący, jeżeli już nie nędzę, to trwały niedostatek mieszkańców. Z wyjątkiem bowiem tak zwanych Karawan-Serai, zwykle budowli monumentalnych, domy po wsiach są sklejone z bloków gliny, dla większego stężenia pomieszanéj ze słomą; są niskie, ciasne, bez okien i drzwi, z jedną tylko stancyją, właściwie przestrzenią zaopatrzoną w ciągle dymiące ognisko, przy którém zwykła się tulić cała rodzina wieśniaka. Obok stajnia czy obora służy za schronienie dla ptactwa domowego i zwierząt domowych, żyjących w bezpośredniém sąsiedztwie że swym właścicielem. Podwórze zajęte do połowy ogromną kałużą pełną nieczystości; z latami nagromadzone gnojowiska, a obok nich skóry owcze wypełnione fermentującém mlekiem, uzupełniają szczegóły wiejskiéj osady.

Wieśniak tutejszy przeważnie oddaje się uprawie roli hodowli ogrodów po większéj części owocowych. Obszerne przestrzenie pól, ziemia żyzna i niewymagająca wielkiego trudu, zdają się zapewniać dobrobyt wieśniaka. W rzeczywistości jednak tak nie jest. Wieśniak pozostaje tu w stanie poddaństwa. „Khan“ (pan-feudalny) właściciel gruntu i życia rolnika, w drodze dziedzicznéj, czy téż prawem krótkotrwałéj dzierżawy, zwykł pochłaniać wszystko, co dostarczy praca rolnika. Toteż rola tego ostatniego jest tu bardzo smutną. Pracując nie dla siebie, lecz z obawy, pracując gor-

liwie, sam zwykł się ograniczać do zaspokojenia najniezbędniejszych potrzeb, pędząc życie w ciągłym prawie niedostatku. Z natury niedbały i niechlujny, żyjący w nieszczególnych warunkach klimatycznych, z większą niż gdzieindziéj łatwością podlega cierpieniom znajdującym tu dla swego rozwoju wszystkie sprzyjające warunki. Wystarcza wejść do mieszkania tutejszego wieśniaka, przepędzić tam jednę noc, przypatrzyć się jemu i jego rodzinie, ażeby się przekonać, jak wielki wpływ wywiera na jego zdrowie ciągłe pozostawanie pośród stert nieczystości.

W nieco lepszych stosunkowo warunkach pozostają mieszkańcy miasteczek perskich. Tutaj domy są większe, porządniejsze, czyściej utrzymane, niekiedy otoczone ogrodem, niemniéj jednak nie są wolne od wytwarzającéj gnilne wyziewy podwórzowéj kałuży, ze swemi odorami przenikającéj do wnętrza mieszkań. Miasta perskie są bezwarunkowo własnością korony. Toteż i mieszkańcy cieszą się tu lepszym bytem niepodlegając samowładnéj potędze „Khanów“. Jedni z nich zajmują się rzemiosłem, przeważnie farbiarstwem i garbarstwem, drudzy handlują drobiazgami; większa jednak część zajęta hodowlą koni i mułów, wynajmując je do przewozu towarów i podróżnych, z tego ciągnie największy zysk. Pomimo to widoczny wszędzie dobrobyt nie skłania jednak do zajęcia się możebném polepszeniem warunków hygijenicznych. Jeżeli wieśniak ze swą lepianką nurza się w kałużach błota, to przynajmniéj wolnym jest od wpływów wynikających z poblizkich cmentarzy, które w miastach zajmują największe przestrzenie stanowiąc niejako przedziały między rozmaitemi częściami domostw. Szkodliwy zaś wpływ cmentarzy na zdrowie mieszkańców ma swe źródło w grzebaniu zwłok t. zw. tymczasowém, w celu następnego przewiezienia ich do ziemi dla Persów obiecanéj, mianowicie do Nedżefu i Kerbeli! Co zaś najbardziéj wpływa na przesycenie powietrza wyziewami, to są rynsztoki biegnące środkiem każdéj ulicy, wypełnione wszystkiem, co tylko podlega nazwie nieczystości, nagromadzanych tam codziennie i pozostawianych aż do czasu, gdy ulewne deszcze spłuczą na chwilę te prawdziwe ogniska gnilnych wyziewów. Mieszkaniec jednak tutejszy wybornie się z niemi oswaja. Zasiadając na kamieniu przy progu własnego domu tuż w pobliżu rynsztoku oddycha jego powietrzem, wcale nie zdając się być żenowanym przenikającą jego niewonią. To jeszcze nie wszystko. Zwyczaj nie zakopywania padłych zwierząt, czyni, że ich resztkami powiększać się zwykła treść rynsztoków. Wszędzie też, niewyłączając i stolicy kraju, spotyka się całe sterty kości, a częściéj jeszcze porozrywane części i trzewa zdechłego zwierzęcia, pozostawione, aby je działanie powietrza przeobraziło w stan mniéj odrażający, tak że rynsztok uliczny w miastach perskich pozostaje dla higijenisty cechą najbardziéj charakterystyczną. Przechodzenie nawet samemi ulicami nakazuje pewną przezorność z powodu głębokich dołów, będących składem tego wszystkiego, co zcieka z ulicy i jéj rynsztoku. Ten ostatni zmywa deszcz od czasu do czasu, podczas gdy dół wspomniany pozostając stale otwartym wytwarza wyziewy, których woń słowami trudno wyrazić! — I tutaj, podobnie jak w pobliżu rynsztoku, zwykła przesiadywać najuboższa klasa handlujących, kobiety wynoszące na sprzedaż starą odzież i szmaty; chłopcy rzeźniczy zazachwalający upieczone głowy baranie lub łój i tłuszcz przetopione do zastąpienia masła i smażenia wątrobek i nerek, wreszcie przedający tak tu używany odwar ze śliwek zwanych „Ali-buchara“. pijany w każdym czasie i wychwalany jako orzeźwiający. Mrowie ludu krąży w podobnych miejscowościach, zajada i prowadzi wrzaskliwe spory i jakby nie odczuwało wpływu powietrza, jakiém oddycha. Dość jednak rzucić okiem i spojrzeć na wyraz twarzy takiego mieszczucha, aby się przekonać, że zabójcze wyziewy w jakich zwykł przebywać, zniszczyły jego cerę i nadały jéj cechę jeżeli nie charłaczą w ściśłém tego słowa znaczeniu, to z pewnością chorobową. Tutaj też miejscowi bohaterzy, walczący aby usunąć stany chorobowe, znajdują najobszerniejsze pole dla swego działania. Razem z tą biedotą zasiadając nad rynsztokiem, przy murze lub progu meczetów praktykują pod otwartém niebem, nie szczędząc rad wcale nieopartych na rozsądnéj podstawie. Ludek ich słucha, podziwia i wynagrodziwszy poleceniem opiece jednego z licznych patronów, odchodzi, aby wypocząć znowu przy cuchnących dołach i rynsztokach.

Ogólnie złe warunki hygijeniczne i wpływ ich na zdrowie mieszkańców pogorsza jeszcze dość częsty tu nieurodzaj. Jeżeli „Khan“ bywa ożywiony pewną względnością dla swych podwładnych i w latach nieurodzajnych pozostawia wieśniakowi możność korzystania z nędznego zbioru, wtedy złe daje się jeszcze zażegnać. W razie przeciwnym głód bywa nieuchronném następstwem. I wtedyto doprowadzony do ostateczności wieśniak rzuca zwykle dotychczasową swą siedzibę i rusza w dal szukać środków wyżywienia się. Dowodem tego są bardzo często spotykane po drodze ruiny całych wiosek lub połaci miejskich. Przejeżdżający, choć wie jaką przebywa drogę, na widok gruzów, mimowolnie skłania się do przypuszczenia, że sąto ruiny historycznéj przeszłości kraju, podczas gdy bliższe z niemi zetknięcie się wskaże od razu, że są one następstwem świeżo przybytéj klęski glodowej. Dotkliwa ta okoliczność powtarza się tu prawie co parę lat. Dur głodowy dobija tych, którzy nie zdołali usunąć się z doświadczonych okolic. I jak się późniéj przekonamy, jedną z przyczyn chorób zakaźnych głównym powodem sprzyjającym ich rozwojowi i przyczyniającym wielką śmiertelność pośród tutejszéj ludności, jest to nędza wywołana brakiem środków do wyżywienia się.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Ze sprawozdania sejmowego departamentu V Wydziału krajowego wyjmujemy jeszcze następujące szczegóły:

Rzeczywiste wydatki z funduszu krajowego na cele zdrowia publicznego w r. 1884 wynosiły kwotę 688.588 złr. w. a.

W roku 1884 pomnożyła się liczba łóżek w naszych szpitalach o 18, wynosiła bowiem 3.524, mianowicie było łóżek w szpitalach powszechnych 2.699, w zakładach dla położnic 75, w zakładach dla obłąkanych 570, a w szpitalach dla dzieci 180.

Chorych leczono w szpitalach powszechnych 32.990 przez 728.846 dni, w zakładach dla położnic 1.172 przez 23.159 dni, w zakładach dla obłąkanych 1.174 przez 183.644 dni, a w szpitalach dla dzieci 1.984 przez 49.233 dni, razem 37.318 chorych przez 984.882 dni.

Procent uzdrowionych wynosił w ogóle 70·36, zmarłych zaś 10·13 od sta.

W szczególności było uzdrowionych chorych 69·85 a zmarłych 9·15 na sto, położnic 94·07 uzdrowionych a 1·53 zmarłych, obłąkanych 23·5/0 uzdrowionych a 11·75/0 zmarłych, nareszcie dzieci 57·17 uzdrowionych a 24·24 zmarłych.

Średni pobyt chorego w zakładzie wynosił u chorych 22·1 dnia, u położnic 17 dni, u obłąkanych 156·4 dnia, u dzieci 24·8 dnia, a średnio u wszystkich 27·1 dni.

Wydatki wynosiły we wszystkich naszych zakładach 699.427 złr. a. w.—Mianowicie w szpitalach powszechnych 480.595 złr., w zakładach dla położnic 30.303 złr., w domach obłąkanych 162.970 złr. a w szpitalach dla dzieci 25.559 złr. a. w.

Koszt utrzymania jednego chorego przez czas kuracyi w zakładzie wynosił w szpitalach 14 złr. 56 ct., w zakładach położnic 26 złr. 12 ct., w zakładach dla obłąkanych 118 złr. 41 ct., w szpitalach dla dzieci 12 złr. 88 ct.— Utrzymanie zaś dzienne kosztowało średnio: chorego 65·9 centa, położnicy 1 złr. 35 ct., obłąkanego 86 ct. a dziecka 51·9 ct.

Z roku 1883 pozostało na utrzymaniu funduszu krajowego we Lwowie 16 podrzutków, w roku 1884 przybyło 11, ubyło zaś przez śmierć 8, przez ukończenie wieku normalnego 3, razem 11. Pozostało na rok 1885 podrzutków 16. Z tych 4 chłopców a 12 dziewcząt. Koszta ich utrzymania wynosiły 844 złr.

W Krakowie zostało z roku 1883 podrzutków 9, ubyło w roku 1884 skutkiem wieku normalnego 2, pozostało na rok 1885 podrzutków 7, z tych 5 chłopców a 2 dziewcząt. Koszta ich utrzymania wynosiły 142 złr. a. w.

W zakładzie podrzutków w Wiedniu było utrzymywanych w r. 1884 z funduszu krajowego galicyjskiego 160 podrzutków kosztem 10.635 złr., w Pradze 12 dzieci kosztem 601 złr., w Bernie 8 dzieci kosztem 424 złr. W ogóle wydał fundusz krajowy w roku 1884 na utrzymanie podrzutków 12.646 złr. za 216 dzieci.

C. k. Namiestnictwo we Lwowie na żądanie c. k. Ministra sprawiedliwości zapytywało, czyby umysłowo-chorych zbrodniarzy i przestępców nie utrzymywano w zakładach naszych dla obłąkanych po ich wyzdrowieniu lub w razie nieuleczalności, choćby się nie kwalifikowali do dalszego pobytu w zakładzie, aż do orzeczenia c. k. władzy politycznéj w porozumieniu z właściwą władzą sądową.

Daliśmy odpowiedź odmowną na téj podstawie, że zakłady nasze przez to zarządzenie straciłyby właściwą swą cechę zakładów leczniczych, a stałyby się po części więzieniami i zakładami karnemi, a następnie, że względy ludzkości i słuszności sprzeciwiają się umieszczaniu zbrodniarzy i przestępców w jednym zakładzie z chorymi [1]).

Zwracamy jeszcze uwagę Wysokiego Sejmu, że szpital św. Łazarza w Krakowie nie posiada bardzo potrzebnego oddziału ocznego, bo klinika okulistyczna jest za szczupła dla téj ilości chorych na oczy, którzy się tam zgłaszają tak z miasta jak i z okolicy. Przytém klinika jest zamknięta w ciągu letnich miesięcy, kiedy właśnie następuje największy przypływ dotkniętych chorobami oczu. Wprawdzie przy zamknięciu klinik na lato chorzy na oczy są odsyłani na chirurgiczny oddział szpitala św. Łazarza; lecz tam nie znajdują ani odpowiedniego pomieszczenia, ani należytego leczenia, bo przy dzisiejszém specyjalizowaniu wszystkich chorób nie każdy lekarz jest w stanie zadość uczynić najnowszym wymogom nauki [2]).

Sprawozdanie o przebiegu chorób nagminnych w Galicyi w październiku r. 1885.

Tyfus brzuszny, który od września b. r. znowu począł się rozszerzać, w październiku jeszcze więcéj się rozszerzył i tak do 210 chorych z końcem września pozostałych przybyło 512 (we wrześniu 366), a z ogólnéj liczby 722 leczonych chorych wyzdrowiało 446 czyli 61·8%, umarło 37 czyli 5·1%, pozostało w leczeniu 239 osób. Najwięcéj gmin nawiedzonych tyfusem było w powiecie brzeżańskim, rawskim i złoczowskim (w każdym powiecie po 4 gminy). Największą liczbę chorych (66) stwierdzono w jednéj gminie powiatu tłumackiego, 65 w jednéj gminie pow. horodeńskiego, 55 w jednéj gminie pow. lwowskiego; największa śmiertelność przeszło 10% w Chocimierzu (pow. horodeński).

Tyfus plamisty stwierdzono w 9 miejscowościach tyluż powiatów. W ogóle leczono 127 chorych, z tych wyzdrowiało 97 czyli 76·4%, umarło 6 czyli 4·7% pozostało 24 osób w dwu gminach w powiecie sądeckim i bocheńskim.

[1]) Nad kwestyją tą poczynimy później przy sposobności nasze uwagi. *Redakcyja.*

[2]) Uwaga ta odnosi się do kwestyi, którą poruszyliśmy w Nrze 24 Przegl. Lek. z rb.; radzi jesteśmy, że Wydział krajowy podziela nasze zapatrywanie pod względem potrzeby koniecznéj urządzenia oddziału ocznego w szpitalu św. Łazarza. *Redakcyja.*

Tyfus powrotny stwierdzono w dwu gminach powiatu jaworowskiego; z 28 leczonych chorych wyzdrowiało 9 osób czyli 32·1%, umarło 4 czyli 14·3%, pozostało w leczeniu 15 osób.

Szkarlatyna rozszerzyła się tak, iż liczba nawiedzonych tą chorobą gmin, liczba leczonych chorych jakotéż i liczba zmarłych wyższą jest niż we wszystkich poprzednich miesiącach bieżącego roku. Ogółem leczono 1087 chorych, z tych wyzdrowiało 593 czyli 54·6%, umarło 191 czyli 17·6%, pozostało w leczeniu 303 osób w 26 gminach. Najwięcéj gmin (po 4 w każdym powiecie) nawiedzonych było w powiecie buczackim, cieszanowskim, jaworowskim, rzeszowskim i zaleszczyckim. Największą śmiertelność stwierdzono w Skowiatynie w powiecie borszczowskim (niemal 40%), w Panszówce w pow. czortkowskim 26%, tak samo w Łanczynie w pow. nadworniańskim, w Winiatyńcach w pow. zaleszczyckim przeszło 35%.

Dyfteryja pojawia się sporadycznie w pojedynczych miejscowościach różnych powiatów przeważnie w wschodniéj części kraju. Najczęściéj trudno jest wykazać źródło, zkąd chorobę zawleczono; zabrawszy kilka lub kilkanaście ofiar w jakiéj gminie, choroba przygasa na czas dłuższy, aby po roku lub nawet po upływie dłuższego czasu znowu niespodzianie pojawić się. W październiku br. stwierdzono 110 przypadków choroby w 9 gminach ośmiu powiatów. Tylko w dwu sąsiednich gminach w Szczercu i Ostrowie powiatu lwowskiego doszła dyfteryja do większych rozmiarów (w obu gminach razem 60 chorych). Z 110 leczonych wyzdrowiało 53 osób czyli 48·2%, umarło 29 czyli 26·4%, pozostało w leczeniu 28 osób w 5 gminach. W poprzednich latach zwykle w listopadzie dochodziła dyfteryja do największego rozszerzenia, należy się przeto jeszcze przybytku chorych spodziewać.

Dysenteryja, która w sierpniu najbardziéj była rozszerzoną, od września ciągle przygasa. W październiku stwierdzono ją w 62 gminach 32 powiatów, leczono zaś ogółem 1337 chorych (w sierpniu 6988 chorych), z téj liczby wyzdrowiało 872 czyli 65·2%, umarło 146 czyli 10·9%, pozostało w leczeniu 319 osób w 21 gminach. Najwięcéj rozszerzoną była dysenteryja w powiecie brodzkim w 9ciu gminach także w zbarazkim i złoczowskim po 5 gmin.

Odra pojawiła się we wrześniu tylko w siedmiu gminach, w październiku zaś rozszerzyła się na 27 gmin w 15 powiatach. Z końcem września pozostało 75 chorych, do tego przybyło w ciągu października 1413 chorych a z ogólnéj liczby leczonych wyzdrowiało 1021 czyli 68·6%, umarło 80 czyli 5·4%, pozostało w leczeniu 387 chorych. Najwięcéj chorych było w miasteczku Żabnie w powiecie tarnowskim, najwięcéj gmin tą chorobą dotkniętych (4) w powiecie grodeckim.

Koklusz, który od początku kwietnia do końca września stopniowo się wzmagał, w październiku zmniejszył się znacznie; i tak ogółem leczono 2320 osób (we wrześniu 3021), z tych wyzdrowiało 1570 czyli 67·7%, umarło 101 czyli 4·4%. Najwięcéj był rozszerzonym koklusz w powiecie łancuckim w 9 gminach, w ciągu miesiąca wygasł jednak zupełnie; prócz tego w powiecie tarnopolskim w 5ciu gminach i złoczowskim w 4ch gminach.

Ospa, która w sierpniu i we wrześniu była bliską wygaśnięcia, w październiku znowu się rozszerzyła, mianowicie w powiecie limanowskim w 4 gminach, prócz tego szczególnie silnie w jednéj gminie powiatu nowotarskiego (Ochotnica) i w jednéj gminie pow. żywieckiego (Szare). W ogóle było 265 chorych ospowych w 17tu miejscowościach w leczeniu, z tych wyzdrowiało 85 albo 54% szczepionych, 38 albo 35% nieszczepionych, umarło 12 czyli 7·6% szczepionych. 26 albo 24% nieszczepionych. Pozostało w leczeniu w końcu października 104 chorych.

Lwów d. 15 listopada 1885. *Dr. Merunowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 8—14 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 22,5. Z odry umarło 2 (4 z. t.); z płonicy 2 (2 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.). z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 10 przypadkach odry, 6 płonicy, 1 krztuśca, 1 duru brzusznego, 1 czerwonki. W tygodniu od 1—7 listopada umarło z ospy: w Warszawie 3, w Mnichowie 1, w Wiedniu 12, w Budapeszcie i w Pradze po 5, w Tryjeście 1, w Wenecyi 13, w Zurychu 1, w Paryżu 3,

w Londynie, Liwerpolu, Brukseli i Petersburgu po 1, w Odesie 4. Z doru brzusznego umarło w Paryżu 27; z odry w Gdańsku 13, w Królewcu 32, w Londynie 41, w Paryżu 26; z płonicy: w Hamburgu 11, w Petersburgu 19; z błonicy: w Berlinie 49, w Altonie 10, w Londynie 28, w Paryżu 36; z krztuśca w Londynie 29. Z cholery umarło w Palermo od 28 października do 3 listopada osób 63, zachorowało 101.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 1—7 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,3; w Warszawie 27,0; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 22,5; w Budapeszcie 25,9; w Pradze 26,2; w Berlinie 27,9; w Hamburgu 25,4; w Gdańsku 28,2; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 25,0; w Lipsku 23,1; w Amsterdamie 22,3; w Bazylei 18,1; w Brukseli 22,2; w Chrystyjanii 20,7; w Genewie 21,2; w Kopenhadze 13,2; w Londynie 18,9; w Odesie 34,0; w Paryżu 21,4; w Petersburgu 24,1; w Stokholmie 20 5; w Tryjeście 28,7; w Wenecyi 31,2; w Zurychu 14,1. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

○ **Kraków** d. 26 listopada. W dwu poprzednich numerach podaliśmy wykład Pasteura o ochronném leczeniu wścieklizny, który stał się przedmiotem zajęcia nietylko ciał naukowych i dzienników lekarskich francuskich, ale, rzec można, całego świata. Pasterz Jupille, o którym wspominał Pasteur, że znajduje się jeszcze w jego obserwacyi, powrócił już obecnie do rodzinnéj wioski. Obecnie leczy Pasteur innego chłopca 14-letniego, który miał być pokąsanym przez psa w Bordeaux. Dwoje innych dzieci także pokąsanych przez psa wściekłego przysłano z Roubaix Pasteurowi w celu leczenia. Wytrwały i gorliwy badacz wkrótce będzie obleżony przez chorych, ufność bowiem w jego leczenie jest tak wielką, że ludność z dalekich okolic przybywa, aby u niego zasięgnąć rady, nie zadając sobie nawet trudu wybadania, czy pies, który zadał ranę, był istotnie wściekły lub nie. W takich więc okolicznościach Pasteur będzie miał trudne zadanie wybierania odpowiednich przypadków. Opierając się na korzystnych wynikach, jakie Pasteur otrzymał, uczyniono propozycyję zakładania w różnych miejscowościach osobnych zakładów do stosowania téj metody i aby każdy lekarz był obznajmiony ze stosowaniem tego sposobu. W związku z tém nadmienić wypada, że pewien deputowany z Bouches du Rhône proponował Komisyi departamentowéj wysłanie bezzwłoczne jednego z profesorów Wydziału lekarskiego w Marsylii do Paryża w celu obznajomienia się z doświadczeniami Pasteura. Tenże proponował téż urządzenie lokalu z odpowiednią obsługą i narzędziami celem wykonywania szczepień przeciw wściekliźnie.

* **Praga czeska** d. 23 listopada. Dzisiejsze posiedzenie Spolku lekařův českých odbyło się w klinice chirurgicznéj prof. Weissa i było poświęcone demonstracyiom chorych. Pomiędzy przypadkami, które przedstawił Dr. Zdeborský 1szy asystent kliniki, 2 zasługują na uwagę ze stanowiska ogólno patologicznego. 1) Rak skóry u mężczyzny 36-letniego wychodzący z okolicy ostatnich żeber z przodu po stronie lewéj, przedstawiający się jako guz twardy nieporuszalny, nierówny, częściowo na powierzchni rozpadający się, wielkość guza w średnicy około 10cm. W okolicy jego rozsiane liczne guzki wielkości orzecha, metastazy na skórze głowy, organa wewnętrzne wolne. 2) *Struma ossea* u 9 letniego chłopca trwające od roku; w ostatnich tygodniach powstała na głowie w okolicy kości czołowéj wyrośl kostna w postaci małego odcinka kuli, średnicy u podstawy około 5cm., guz ten jest niebolesny, skóra nad nim niezmieniona, *Dr. Obrzut.*

* **Anglija**. W Dublinie odbyła się temi dniami rzadka uroczystość. Chirurg tameczny Dr. Thompson złożył dowód odwagi i poświęcenia wysysając ranę w skutek tracheotomii powstałą u pacyjenta dla wydalenia błon dyfterytycznych. Za czyn ten królowa przyznała mu medal Alberta, przeznaczony jako nagroda waleczności, okazanéj przed nieprzyjacielem na lądzie lub morzu. Reprezentant królowéj wręczając mu medal, rzekł, że waleczność okazuje się w rozmaitych postaciach, a zwłaszcza u lekarzy tyle zdarza się przypadków ofiarności i szlachetności, że za szczęśliwego się poczytuje, gdy w osobie Dra Thompsona podziękowanie królowéj oświadczyć może całemu temu stanowi znakomitemu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska**. Prof. położnictwa w czeskim Wydziale lek. Dr. Jan Streng otrzymał order korony żelaznéj 3éj kl. w uznaniu wieloletniéj działalności znakomitéj w dziedzinie umiejętności i nauczycielskiéj.

* **Odznaczenia**. Akademija lekarska belgijska zamianowała zagranicznymi członkami honorowymi proff. Leydena w Berlinie, Kussmaula w Strasburgu, Bambergera w Wiedniu, Jennera i Erichsena w Londynie, Botkina w Petersburgu i Didaya w Lugdunie.

* **Wiadomości osobowe**. Mianowani zostali w obronie krajowéj lekarzami pułkowymi 1éj kl. Drowie Włodzimierz Antoniewicz i Jan Skomorowski; lekarzami pułkowymi 2éj kl. Drowie Emanuel Rosenblatt, Józef Tarchalski, Antoni Janiszewski, Ignacy Obłoczyński; lekarzami starszymi Drowie Lucyjan Jacobi i Jan Sołowski.

* **Nekrologija**. W Leydzie umarł fizyjolog prof. Heynsius. (Adryjan Heynsius urodził się w r. 1831, był uczniem Müldera i Dondersa, w r. 1858 mianowany prof. fizyjologii w Ateneum w Amsterdamie, a w r. 1866 w Leydzie, w r. 1875 był rektorem tego uniwersytetu).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 47: Trzebickiego: (z kliniki prof. Mikulicza w Krakowie): Przyczynek do operacyj dokonywanych na pęcherzu moczowym (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 47: Florkiewicza: Dwa przypadki promienicy (c. d.); Brünera: Przyczynek do nauki o nerwicach serca (dok.). — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 11: Krówczyńskiego: O wpływie gimnastyki na narząd oddechowy.

Redakcyja otrzymała:

RUMSZEWICZ: O mięśniach śródocznych u jaszczurek i żółwi. (Odbitka z książki jubileuszowéj Dra Szokalskiego), Warszawa 1884, in 8vo str. 14 z tabl.

Tenże: O krwawych rażeniach rogówki. (Odbitka z „Medycyny“), Warszawa 1884, in 8vo str. 4.

Tenże: Przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka. (Odbitka z „Medycyny“ 1884), in 8vo str. 6.

ADAMKIEWICZ: La circulation dans les cellules ganglionaires. (Odbitka z „Comptes rendus“ Aakademii paryzkiéj) in 4to str. 4.

Dr. W. A. GLUZIŃSKI: O rozpoznawaniu jam w miąższu płucnym. Wykład habilitacyjny. (Odbitka z „Przegl. Lek.“) in 8vo str. 18.

Tenże: Gorzykwiat wiosenny i konwalija majowa jako leki zastępujące naparstnicę. (Odbitka z „Przegl. Lek.“) in 8vo str. 28.

Tenże: Działanie wyskoku na czynność żołądka ludzkiego. (Odbitka z „Medycyny“) in 8vo str. 23.

GLUZIŃSKI i JAWORSKI: Doświadczenia podjęte w celach klinicznych nad zachowaniem się istot białkowatych w żołądkach ludzkich. (Odbitka z „Przegl. Lek.“) in 8vo str. 23 z tabl.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 2go grudnia o godzinie 6éj w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) odbędzie się dyskusyja nad nową metodą operacyi wola podaną przez kol. prof. Mikulicza, poczém 2) kol. Pieniążek mówić będzie o kokainie, jako leku miejscowo znieczulającym.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Szan. koledze Drowi Klikowiczowi w Paryżu. Rozprawę szan. kolegi otrzymaliśmy, druk jéj atoli dopiero po Nowym Roku rozpoczniemy, ponieważ ostatnie 4 numery tegoroczne już są zapełnione.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.